

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage,
Correspondant de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

P. HORTELOUP

Chirurgien de l'hôpital du Midi,
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Secrétaire de la rédaction :

D^r P. MERKLEN

TOME VIII. — 1887

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

MDCCCLXXXVII

D

c

y

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage,
Correspondant de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

P. HORTELOUP

Chirurgien de l'hôpital du Midi,
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Secrétaire de la Rédaction :

D^r P. MERKLEN.

TOME VIII. — 1887.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MDCCCLXXXVII

c
o
r
s
e
e
f
s
d
e
n
v

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

DEUXIÈME SÉRIE

TRAVAUX ORIGINAUX.

—
MÉMOIRES.
—

I

SYPHILIS TERTIAIRE DERMO-HYPODERMIQUE DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES,

par **Charles MAURIAC**, médecin de l'Hôpital du Midi.

I

Lorsque la syphilis tertiaire attaque les organes génito-urinaires, elle concentre son action sur trois points principaux qui sont : dans les deux sexes, le tissu dermo-hypodermique de l'appareil externe et les reins ; chez l'homme, le testicule. Cette dernière détermination n'a point son analogue chez la femme. Les affections syphilitiques de l'ovaire, en effet, ne peuvent être comparées à celles du testicule, ni comme fréquence, ni comme gravité.

Il n'y a entre les trois foyers de syphilose génito-urinaire aucune solidarité. L'existence de l'un d'eux n'implique nullement l'éventualité des deux autres. Leur simultanéité qui est fort rare résulte d'un simple effet du hasard. Leur époque d'apparition, leur forme, leur processus ne sont soumis à aucune règle commune, en dehors de celle qui gouverne les syphiloses de la période tertiaire. Les troubles fonctionnels

que suscitent ces affections restent aussi circonscrits que possible et ne vont pas au delà de leur foyer respectif. — Si elles ne sont pas solidaires les unes des autres, elles ne présentent non plus entre elles aucune incompatibilité.

Envisagée dans ses rapports avec les autres syphiloses, celle des organes génito-urinaires n'offre aucun caractère particulier d'indépendance absolue ou de subordination habituelle. Ses coïncidences spécifiques sont fortuites, et ses coexistences avec les manifestations de maladies constitutionnelles ou locales, étrangères à la syphilis, ne sont soumises à aucune loi.

La gravité de la syphilose génito-urinaire varie dans de larges limites suivant la hiérarchie fonctionnelle des parties qui sont atteintes, et aussi suivant la rareté ou l'abondance, la dissémination ou la confluence, l'aptitude résolutive ou la tendance destructive des néoplasies sclérommeuses.

Le terrain constitutionnel et l'état de la santé générale ne sont pas sans influence sur la manière d'être de ses lésions. Quelques-unes, par exemple celles qui constituent le foyer externe et le foyer testiculaire, ne paraissent pas avoir ces causes de connexion précise. Mais le foyer rénal n'en est pas aussi indépendant. Il semble subir leur action ou leur faire sentir la sienne. C'est du moins ce qui arrive pendant les dernières périodes de la syphilis. On le trouve souvent alors engagé dans des complexes dycrasiques où le foie, les reins, et la rate paraissent combiner leurs effets morbides pour produire ces cachexies ultimes dont les origines, obscures sur bien des points, aboutissent à la dégénérescence de ces trois organes abdominaux et surtout à celle des deux premiers.

Chacun des foyers de la syphilose génito-urinaire étant indépendant des deux autres, il faut, après ces considérations générales sommaires sur l'ensemble de la détermination, les étudier séparément.

SYPHILOSE DERMIQUE ET HYPODERMIQUE DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Cette syphilose présente une physionomie spéciale dont il importe d'indiquer d'avance les principaux traits.

Il arrive très souvent qu'elle se produit seule, comme une affection qui n'a sa raison d'être qu'en elle-même, qui ne se rattache à rien de ce qui la précède, et qui, loin d'avoir des racines constitutionnelles, ne présente, comme cause plausible et presque forcée, qu'une contamination récente.

Cette illusion étiologique qu'inspire si naturellement l'insécurité habituelle des rapports sexuels dans certains milieux, se trouve encore justifiée, dans la syphilose génitale, par la ressemblance très frappante

que les lésions qui lui sont propres présentent avec un chancre simple ou un chancre infectant. Son syphilome (1), en effet, revêt toutes les formes, présente tous les modes d'évolution qui appartiennent à ces deux lésions primitives et si éminemment contagieuses. Aussi, sur cent malades, n'y en a-t-il peut-être pas un qui ne l'attribue au dernier coût. Beaucoup de médecins s'y sont trompés et s'y trompent encore. Les plus experts eux-mêmes sont obligés quelquefois de suspendre leur jugement et il leur arrive, dans des cas rares, il est vrai, de ne pouvoir formuler un diagnostic positif et catégorique, sans en chercher les éléments en dehors du syphilome.

La similitude si parfaite qui existe, entre les lésions tertiaires ulcéro-gommeuses des organes génitaux dans les deux sexes, et les nombreuses variétés du néoplasme primitif, est une circonstance si extraordinaire qu'on a peine à y ajouter foi, quand on ne l'a pas maintes fois constatée. Il faut une observation répétée pour s'en convaincre. Comment donc s'étonner que cette similitude ait si souvent jeté la confusion dans les esprits? C'est elle qui est devenue la source de nombreuses erreurs de doctrine et de pratique. Encore aujourd'hui ne faut-il pas lui attribuer les cas qu'on nous donne comme des exemples authentiques de réinfections syphilitiques?

Ce sujet me paraît si important que je crois utile d'exposer et d'analyser quelques faits de syphilose génitale. Je prendrai les plus typiques parmi les observations nombreuses que j'en ai recueillies.

EXPOSITION DES FAITS

Les lésions que la syphilis tertiaire suscite dans les téguments et l'hypoderme des organes génitaux présentent, comme les syphilides de cette période, deux types qui sont : le type pustulo-ulcéreux et le type tuberculo-gommeux. Presque tous les faits peuvent assez aisément se rattacher à l'un ou à l'autre de ces types, surtout au début. Il y en a qui les réunissent tous les deux. Très souvent aussi, quand on ne voit que les dernières phases de l'affection génitale, on est embarrassé pour savoir quel a été son mode de début, parce que l'ulcération et même le phagédénisme ont à peu près le même aspect, quel qu'ait été leur point de départ.

(1) L'expression *syphilome* est employée par beaucoup de syphiliographes. Son acception n'est pas très nettement définie. Elle s'applique à toutes les lésions que produit la syphilis, à quelque période que ce soit : En définitive, dans son sens le plus large, le syphilome comprend les néoplasies primitives et secondaires aussi bien que les tertiaires. Il est moins applicable aux syphilides ulcéreuses d'emblée. Toutefois, afin d'abréger le discours, je m'en servirai pour désigner toutes les lésions qui émanent directement de la syphilis.

PREMIER GROUPE : *Syphilose génitale pustulo-ulcéreuse.*

Dans ce groupe, le syphilome n'est point néoplasique ou il l'est à peine. Les éléments embryonnaires n'ont pas le temps de former des tumeurs ou des plaques d'induration. Ils détruisent d'emblée les tissus. Une pustule se forme et se change très vite en une ulcération fongueuse, saignante, taillée à pic, qui dévore plus ou moins vite toutes les couches de la peau ou des muqueuses. C'est un processus semblable à celui du chancre simple. Aussi les lésions qui en dérivent offrent-elles avec lui la plus grande ressemblance. Elles sont recouvertes de croûtes sur la peau, mais elles restent à nu sur les muqueuses. Ces croûtes, plus épaisses et plus stratifiées que celles du chancre mou, offrent rarement une physionomie aussi accentuée que dans les écthymas et les rupias des autres régions. Cependant on en voit quelques cas. Le suivant, entre autres, est très caractéristique.

1. *Rupia de la portion cutanée du prépuce, survenu à la quatrième année révolue d'une syphilis à manifestations papuleuses et tuberculeuses.*

V..., 26 ans, entra dans mon service en 1878. — Chancre infectant ulcéreux du filet, en novembre 1874. Puis syphilide papulo-squameuse en plaques sur diverses parties du corps et même plaques tuberculeuses; plus tard rupia sur les extrémités inférieures. — Tous ces accidents cutanés s'étaient succédé presque sans interruption pendant quatre années. Il avait été traité tantôt à l'hôpital du Midi, tantôt à Saint-Louis.

En août 1878 (quatrième année révolue de la syphilis), il lui survint, sur la face cutanée du prépuce et vers la ligne médiane, un petit bouton qui s'ulcéra promptement et se couvrit d'une croûte noire. Bientôt la lésion s'agrandit beaucoup et offrit le type d'un rupia, c'est-à-dire d'une ulcération à sécrétion abondante qui se concrétait en couches stratifiées, noirâtres. La croûte ostréacée finit par s'élever de deux ou trois centimètres au-dessus des parties voisines. Quand elle tomba, elle mit à découvert une ulcération taillée à pic, arrondie, fongueuse, reposant sur une base souple et entourée d'une aréole inflammatoire. — Rien aux ganglions; santé générale très bonne. — Aucune autre manifestation en activité. Le rupia s'était produit spontanément et en dehors de toute contagion. Le malade n'avait jamais eu aucune détermination sur les muqueuses.

Le syphilome primitivement ulcéreux est de beaucoup le moins commun sur les organes génitaux. Il siège presque toujours sur la peau du fourreau ou des bourses. Quelquefois il s'étend de là sur les parties voisines, sur le pubis et le périnée. Ou bien il part de ces deux régions pour envahir le tégument génital. Quoique ses sécrétions soient très concrescibles, cependant elles font quelquefois complètement défaut comme dans le cas suivant :

2. *Ulcération tertiaire du fourreau simulant des chancres simples et survenues six ans après le début d'une syphilis à tendance ulcéreuse.*

M. X..., âgé de 27 ans, vit naître sur la peau du fourreau, à la racine de la verge, sept ou huit jours après le dernier coït, deux ulcérations suppurantes qui s'agrandirent peu à peu en surface et en profondeur. Quand il me consulta, elles ressemblaient exactement à des chancres simples; leurs bords étaient épais, empâtés, relevés, et leur fond présentait des fongosités pul-tacées. Une étroite languette de peau saine les séparait.

Le malade avait eu, à plusieurs reprises, des ulcérations à peu près identiques, qu'on prenait invariablement pour des chancres simples et qui ne guérissaient pourtant qu'avec le mercure. C'est qu'il avait contracté la syphilis six ans auparavant et elle s'était toujours manifestée par deux ou trois poussées de plaques gutturales, labiales et génitales à tendance ulcéreuse. Il avait été soumis à plusieurs traitements iodurés et hydrargyriques.

J'inoculai le pus de ces ulcérations tertiaires du fourreau; le résultat fut négatif. Les ganglions inguinaux étaient intacts.

Ces deux pseudo-chancres simples furent guéris en quinze jours, grâce à un traitement énergique au biiodure ioduré, et grâce aussi à des pansements avec l'onguent napolitain. Le malade était très sensible à l'action des spécifiques.

Il n'y avait chez lui aucune manifestation syphilitique.

Le diagnostic était loin d'être aussi facile dans ce cas que dans l'observation 1, car un coït suspect avait précédé de peu l'apparition des ulcères et ceux-ci ne présentaient point de croûtes ostréacées. Lorsqu'il n'y a pas eu de rapports sexuels récents et que le malade est manifestement syphilitique, il n'est pas difficile de se prononcer sur l'origine des lésions génitales, malgré leur ressemblance avec la chancrelle. L'ulcération phagédénique suivante pouvait-elle laisser aucun doute sur sa nature syphilitique?

3. *Ulcération phagédénique isolée, ressemblant à un chancre simple, siégeant dans l'angle péno-scrotal et survenue au vingt-quatrième mois d'une syphilis bénigne.*

A la deuxième année révolue d'une syphilis bénigne dans son accident primitif et ses premières manifestations, mais très incomplètement traitée M. S..., 27 ans, entré dans mon service, vit survenir, quatre mois après le dernier coït, des érosions croûteuses dans l'angle péno-scrotal. Elles ne tardèrent pas à se réunir et formèrent une vaste ulcération qui, deux mois après son début, mesurait trois centimètres transversalement et quatre d'avant en arrière. Elle occupait tout à la fois les bourses et le scrotum. Ses bords taillés à pic étaient un peu boursoufflés et entourés d'un empatement inflammatoire diffus. Son fond granuleux était couvert de concrétions pul-tacées. Elle ressemblait à un chancre phagédénique simple. — Douleurs vives surtout pendant la nuit. — Rien du côté des ganglions inguinaux. — Inoculation négative. Un traitement vigoureux à l'iodure de potassium en modifia rapidement l'aspect ulcéro-fongueux et la guérison marcha à grands pas.

Aucune autre manifestation syphilitique, sauf peut-être des douleurs dans chaque tempe, avec difficulté d'ouvrir la bouche, au point que le malade ne put se nourrir que de bouillons pendant vingt-cinq jours. C'était une arthropathie des deux articulations temporo-maxillaires, sans lésion apparente. Il n'y avait aucune contraction des masséters. Cette singulière affection persista

longtemps. Je ne lui trouvai d'autre cause que la syphilis. Bonne santé générale. Muqueuse buccale d'une sensibilité excessive à l'action des mercureux.

L'existence incontestable d'une syphilis même très grave, chez les sujets atteints de syphilose génitale chancriforme, n'est pas toujours suffisante pour établir le diagnostic. Il est alors nécessaire de recourir à l'inoculation qui est le seul critérium en pareille occurrence.

4. Ulcérations tertiaires des organes génitaux simulant des chancres phagédéniques, survenues trente-six ans après le chancre induré, et après seize ans de bonne santé.

Un homme de cinquante-quatre ans vint me consulter en 1880, pour de grandes et profondes ulcérations qui avaient envahi le gland et le fourreau. Dans les parties non encore détruites par le phagédénisme, on voyait des cicatrices résultant de lésions semblables anciennes. Affaissement caractéristique du nez. Nasonnement. — Destruction d'une partie du voile du palais. Il était indubitable que ce malade avait eu une syphilis des plus graves. Mais ces ulcérations de la verge ressemblaient d'une manière si frappante à des chancres phagédéniques récents, que je fus tenté un instant de ne pas les rapporter à la syphilis. Elles supprimaient abondamment, étaient déchiquetées, taillées à pic, et surtout excessivement douloureuses. L'inoculation seule pouvait fixer le diagnostic. Elle donna un résultat négatif.

C'était donc d'ulcérations phagédéniques tertiaires des organes génitaux qu'il s'agissait. Je les traitai par de l'iodure de potassium à haute dose, mais elles furent longues à guérir.

Ce que je trouvais de remarquable et d'exceptionnel dans ces lésions, ce furent les trois caractères suivants :

1° Identité de forme, d'aspect, de couleur, de contours, etc..., avec les chancres mous, et pourtant irrémédiable.

2° Douleurs excessives.

3° Résistance au traitement interne et aux topiques.

Ce malade avait eu un chancre induré *trente-six* ans auparavant, puis des syphilides superficielles, des plaques muqueuses, un sarcocèle spécifique; à la huitième année une rhinopathie avec affaissement de la charpente et nasonnement; à la neuvième, des ulcérations du voile.

Aucune manifestation depuis la pharyngopathie tertiaire jusqu'à la syphilose phagédénique des organes génitaux survenue, sans cause appréciable, seize ans après, sous forme de chancres simples dont il fut traité une première fois à l'hôpital Saint-Louis. L'affection générale dont je le soignai un an après était la deuxième détermination tertiaire sur les organes génitaux.

Dans la syphilose génitale, quel que soit le mode de son processus, la douleur est souvent très modérée et même à peu près nulle; mais lorsqu'elle prend les allures du phagédénisme chancriforme, comme dans les deux cas précédents, elle devient quelquefois extrêmement vive et c'est ce qui la fait ressembler encore plus au chancre simple.

Le syphilome primitivement ulcéreux et le syphilome néoplasique se

trouvent quelquefois réunis sur deux points très voisins des organes génitaux. En voici un exemple :

5. *Affection ulcéreuse et scléro-gommeuse du gland, survenue à la huitième année d'une syphilis bénigne dans ses débuts, et restée latente depuis les accidents secondaires.*

M. X..., 40 ans. Syphilis à accidents consécutifs superficiels et légers, à la fin de l'année 1870. — Jusqu'en 1877, aucun accident spécifique. A cette époque ulcérations survenues spontanément sur le gland. Le malade marié et père d'enfants bien portants ne voyait que sa femme.

En 1878 (huitième année de la syphilis), ces ulcérations se reproduisirent et M. X... vint me consulter. Il y en avait trois sur le gland, qui étaient ulcéro-croûteuses, taillées à pic, profondes et ressemblaient à des chancres mous; tandis que, à droite, dans le sillon balano-préputial, il existait une induration cartilagineuse, absolument semblable à celle d'un chancre infectant cicatrisé. Elle ne paraissait avoir, pour le moment, aucune tendance au ramollissement. — Rien dans les aines ni sur les autres parties du corps. Aucun coït suspect.

Je jugeai que ces lésions étaient syphilitiques et je prescrivis 4 grammes d'iodeure de potassium par jour. Le malade m'écrivit de Strasbourg, six semaines après, qu'au bout de quinze jours de traitement, trois ulcérations sur quatre étaient cicatrisées et qu'ensuite la quatrième avait été rapidement guérie et la gomme du sillon considérablement diminuée.

Il est très rare que le syphilome génital primitivement ulcéreux reste circonscrit pendant toute sa durée et se comporte comme un chancre simple exempt de toute complication. Presque toujours il est envahissant et aboutit par une pente naturelle au phagédénisme, quand il n'est pas traité convenablement. J'en ai vu de nombreux exemples et j'en vais rapporter quelques-uns :

6. *Ulcération syphilitique de la base de la verge, simulant un chancre phagédénique et survenue comme manifestation isolée, à la quatrième année révolue d'une syphilis ulcéreuse.*

M. H....., 31 ans, entré dans mon service le 20 mai 1884, salle 8, n° 15. En août 1880, trois chancres infectants dont l'un ulcéreux. Syphilide ulcéreuse, à cicatrices superficielles sur le tronc, profondes sur les membres inférieurs. Jamais rien à la gorge ni sur les muqueuses. Traité pendant plusieurs mois dans le service de M. Horteloup. Aucune nouvelle poussée depuis la fin de 1881. Santé générale très bonne. — Pas de traitement.

Vers la fin de mai 1884 (quatrième année de la syphilis), boutons survenus sans cause appréciable, dans l'angle péno-scrotal à gauche, un mois au moins après le dernier coït. A ces boutons succéda une ulcération profonde qui devint rapidement phagédénique et contourna la base de la verge. Ses deux extrémités s'avançaient l'une vers l'autre et n'étaient plus séparées que par une mince languette de peau saine, quand le malade entra dans mes salles. La lésion était alors stationnaire depuis quelques semaines. Il y avait deux mois qu'elle avait débuté. Elle avait détruit le fourreau sur une largeur de 3 centimètres. Elle s'insinuait sous la peau des bourses et du pubis; ses bords taillés à pic et décollés, son fond tomenteux, sa sécrétion ichoreuse, la

douleur dont elle était le siège, son allure inflammatoire, l'œdème du fourreau, l'absence de toute induration au-dessous d'elle et à sa périphérie, lui donnaient l'apparence d'un chancre mou phagédénique. Mais l'inoculation faite plusieurs fois avait toujours été négative. Du reste l'intervalle de plus d'un mois entre l'apparition de cette ulcération et le dernier coït, écartaient l'idée d'une chancrèlle. Enfin le malade avait eu des manifestations syphilitiques ulcéreuses. Il s'agissait bien là d'une syphilose génitale isolée. Rien du côté des ganglions.

Je fis prendre d'emblée six grammes d'iodure de potassium par jour et je prescrivis un pansement très simple. L'amélioration fut presque instantanée. Au bout de quinze jours la cicatrisation était à peu près complète. Le malade sortit guéri en moins d'un mois. Il ne lui restait qu'une cicatrice profonde à la base de la verge. Les fonctions de l'organe étaient intactes. — Aucune autre manifestation spécifique.

Dans le cas suivant, la syphilose pseudo-chancrèlleuse avait attaqué exclusivement la muqueuse génitale. Au début, le syphilome n'avait pas été ulcéreux d'emblée ; mais son existence sous forme néoplasique n'avait présenté qu'une très courte durée.

7. Ulcération phagédénique superficielle et décortiquante du gland, survenue trois ans et neuf mois après le début du chancre infectant.

Chancre infectant en octobre 1880, non cicatriciel et suivi au bout de quelques mois de plaques muqueuses et d'éruptions cutanées superficielles. Traitement hydrargyrique. — En juillet 1882, psoriasis palmaire, traité à l'hôpital Saint-Louis. — En 1883, éruption spécifique sur les organes génitaux et le cuir chevelu. Guérison au bout de trois mois.

Dans les premiers jours de juin 1884 (trois ans, neuf mois après le début du chancre), apparition spontanée d'un bouton au voisinage du méat. Ce bouton s'était rapidement ulcéré et avait produit une érosion serpiginieuse en surface qui avait gagné la face supérieure du gland. Quand le malade entra dans mon service l'érosion était devenue une ulcération qui avait rongé la pointe de la verge et s'était propagée de là sur tout le gland qu'elle avait décortiqué en partie : bords déchiquetés, sécrétion purulente, croûtes sur quelques points, et sur d'autres, îlots de cicatrisation, base souple et fond tomenteux. C'était un type de phagédénisme syphilitique superficiel et sans malignité. Aucune trace d'adénopathie inguinale.

Inoculations toutes négatives. Il n'y avait pas à hésiter sur le diagnostic : ce n'était point un chancre mou, ce n'était pas non plus un chancre infectant, puisque le malade avait eu la syphilis trois ans auparavant. Guérison rapide par un traitement mixte. Aucune autre manifestation spécifique.

J'étais tellement habitué à n'obtenir aucun résultat positif à la suite des inoculations faites avec le pus ou la sérosité purulente sécrétés par ces sortes de lésions génitales, que je fus grandement étonné une fois d'obtenir la pustule caractéristique du chancre simple. Tout me portait à croire cependant qu'il s'agissait là, non point d'une chancrèlle, mais d'un de ces pseudo-chancres infectants dont je vais m'occuper tout à l'heure. Ce fait est des plus instructifs. Il montre combien on doit être

réserve sur le diagnostic, même quand on a de nombreuses raisons de le poser dans tel ou tel sens. La prudence la plus grande est de rigueur surtout dans les lésions des organes génitaux, quand il s'agit de déterminer leur espèce et de savoir si elles sont ou ne sont pas contagieuses :

8. *Chancere mou reposant sur une base scléreuse et ressemblant à un pseudo-chancere infectant. — Inoculation positive. Cette lésion, d'un diagnostic difficile, était survenue à la troisième année révolue d'une syphilis bénigne.*

M. X..., âgé d'une trentaine d'années, vit se développer sur la muqueuse du prépuce, à la troisième année révolue d'une syphilis bénigne, une lésion qu'il jugea vénérienne et qu'il vint me montrer. C'était une érosion reposant sur un disque sclérosé, parfaitement semblable à un chancere infectant. — Pas d'adénopathie. — Je ne doutai point au premier abord qu'il ne s'agit là d'une détermination de la syphilis sur la verge. Néanmoins, je pratiquai l'inoculation et, à ma grande surprise, cette inoculation donna un résultat positif. — C'était donc, non pas un pseudo-chancere syphilitique, mais une vraie chancere. Je cite ce cas comme un exemple des modifications que la syphilis peut faire subir au chancere mou en hyperplasiant sa base.

Est-ce bien à la syphilis qu'il faut attribuer l'hyperplasie en disque scléreux qui servait de base à la chancere ? Il est difficile de l'affirmer. J'ai vu en effet, chez des sujets exempts de syphilis, des chancres mous s'élever au-dessus des parties voisines au lieu de creuser les tissus. C'est une sorte d'*ulcus elevatum*, de *chancere mou hypertrophique*. On le rencontre le plus ordinairement au limbe de prépuce, dans le sillon balano-préputial et sur la face supérieure du gland. Son diagnostic est toujours difficile.

DEUXIÈME GROUPE : *Syphilose génitale tuberculo-gommeuse.*

Ce deuxième groupe est beaucoup plus riche que le premier. Le syphilome génital néoplasique a une supériorité numérique très grande sur le syphilome génital primitivement ulcéreux. Et il n'en est pas seulement ainsi dans la phase tertiaire de la maladie. Dans sa phase primitive combien y a-t-il plus de chancres infectants indurés que de chancres infectants ulcéreux d'emblée ?

A. *Syphilome balano-préputial gommeux.* — Il n'est pas très commun de voir des gommages dermo-hypodermiques se montrer avec leurs formes et évoluer avec leur régularité classique sur les organes génitaux depuis leur début jusqu'à leur terminaison. En voici cependant un exemple typique :

9. *Gomme pisiforme du prépuce, survenue en plein traitement, au vingt-*

neuvième mois d'une syphilis bénigne. Ramollissement et ulcération de la tumeur.

Chez un jeune homme que je soignais pour une syphilis d'apparence bénigne, il survint, sans cause autre que la syphilis, au vingt-neuvième mois, une tumeur sur la muqueuse préputiale, près du filet. Elle était grosse comme un pois, d'une dureté chondroïde, indolente et aphlegmasique. Au bout de trois semaines elle se ramollit, s'ouvrit et se transforma en une excavation semblable à celle qui est entretenue par un pois à cautère.

Au début, cette tumeur ressemblait aux indurations qui persistent après le chancre infectant, mais elle n'avait pas poussé sur le siège de la néoplasie primitive. Le malade était en plein traitement mercuriel. Je prescrivis du biiodure ioduré, qui ne put pas empêcher cette petite gomme de se ramollir et de s'ulcérer. Du reste la guérison fut rapide. — Rien dans les aines. — Aucune autre manifestation spécifique.

Dans le cas suivant s'agissait-il bien d'une gomme? Je ne vois pas qu'il soit possible de qualifier autrement la lésion. A quoi la rattacher si ce n'est à la syphilis? Mais l'existence de celle-ci était fort problématique. Alors ce cas appartiendrait à la catégorie de ceux que j'ai rapportés dans mon mémoire sur les *Affections non virulentes des organes génitaux*. Comme tous les cas obscurs il est fort instructif, parce qu'il donne beaucoup à réfléchir. Aussi mérite-t-il d'être étudié avec attention. Je dois ajouter, pour compléter cette observation, que j'ai vu plusieurs fois le malade depuis l'époque où elle a été prise et que je n'ai jamais constaté chez lui aucune manifestation syphilitique.

10. *Gomme du prépuce, survenue comme unique manifestation quatorze ans après un chancre et des accidents spécifiques éphémères et douloureux. Depuis l'apparition de cette gomme, aucune manifestation spécifique.*

M. X... s'aperçut, le 20 avril 1884, de l'existence d'un petit noyau très dur sur la muqueuse préputiale à gauche. Ce noyau grossit peu à peu sans s'ulcérer et sans provoquer d'adénopathie dans les aines. — Quand le malade vint me consulter un mois après, la tumeur préputiale avait le volume et la forme d'un noyau de prune; sa consistance était chondroïde, sa couleur blanchâtre et il n'existait aucune érosion à sa surface. — Plus tard elle augmenta de volume et finit par se creuser d'une ulcération, mais les ganglions de l'aine restèrent toujours intacts.

Le 24 octobre (deuxième mois révolu de la lésion), l'ulcération était profonde et la tumeur lui formait une coque épaisse et indurée. — Rien dans les aines ni ailleurs.

Le malade disait qu'il n'avait jamais eu aucun accident syphilitique. Cependant il accusait dans ses antécédents un chancre éphémère guéri en dix jours, contracté quatorze ans auparavant. Il disait aussi que, quelques semaines après le chancre, il lui était survenu des boutons à l'an us et des aphtes dans la bouche. — Aucun traitement spécifique n'avait été prescrit.

On pouvait avoir quelques doutes sur l'existence de la syphilis, toutes ses manifestations s'étant bornées à ces accidents vagues et lointains. Néanmoins je jugeai que cette tumeur préputiale était une gomme et je fis prendre de l'iodure de potassium qui ne produisit pas grand effet.

Elle fut remarquable par la lenteur de son évolution, car elle ne commença à s'ulcérer qu'au quarantième jour environ de sa durée.

La cicatrisation ne fut complète que dans les premiers jours de décembre 1884 (troisième mois et demi). La cicatrice était un peu enfoncée et entourée d'une néoplasie épaisse et dure qui pourtant avait beaucoup diminué. Elle persista jusqu'au sixième mois.

A aucun moment il n'avait existé dans cette tumeur la moindre trace de processus inflammatoire ni de nécrobiose brusque. Indolence et lenteur de son évolution : tels étaient ses deux traits dominants.

Jamais, ni avant ni depuis, aucune autre manifestation syphilitique cutanée, muqueuse, osseuse ou viscérale. — Pendant cinq mois le malade a été soumis à un traitement ioduré ou mixte. La santé générale a toujours été excellente.

Huit fois sur dix peut-être le syphilome génital néoplasique siège dans le sillon balano-préputial. J'en ai observé un très grand nombre de cas. Je ne rapporterai que les plus caractéristiques ou ceux qui présentent dans leur histoire quelques particularités intéressantes. Ainsi, dans le fait suivant, il s'était produit depuis longtemps, sur la peau, en divers points du corps, des tumeurs *pseudo-gommeuses*, lorsque les véritables gommées génitales se montrèrent :

11. *Affection scléro-gommeuse du sillon balano-préputial, survenue à la neuvième année de la syphilis. — Tumeurs sous-cutanées de nature inconcuse, datant de sept ans et ayant résisté à tous les traitements spécifiques.*

M. X..., âgé de 31 ans, avait contracté, neuf ans avant l'époque où il vint me consulter, une syphilis avec éruptions érythémateuses, dont il avait été traité par des pilules mercurielles. — Deux ans après le chancre, il eut une éruption cutanée qu'on jugea spécifique et qui fut traitée comme telle à l'hôpital du Midi. En même temps que cette éruption, il lui survint plusieurs tumeurs arrondies sous la peau.

Au moment où je le vis, il les avait encore et tous les traitements spécifiques n'avaient pu les faire disparaître. Elles duraient depuis sept ans, sans augmentation ni diminution. Au nombre d'une vingtaine elles étaient un peu disséminées partout mais principalement sur les avant-bras. Elles avaient le volume d'une noix, étaient homogènes, dures, indolentes et mobiles dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans adhérence aucune avec la peau. Quelle était leur nature ? Ce n'était certainement pas des gommées. Pourtant le malade avait alors de vraies gommées dans le sillon balano-préputial, l'une était ramollie et réduite à l'état de coque ulcéreuse ; l'autre formait une tumeur d'une consistance cartilagineuse.

Dans les gommées balano-préputiales, l'ulcération se fait souvent peu à peu ; la destruction du néoplasme ainsi que celles des parties qu'il englobe est lente et moléculaire. D'autres fois, la nécrobiose s'en empare brusquement, mais toujours sans susciter de phénomènes inflammatoires vifs, car le propre de la syphilose génitale scléro-gommeuse, c'est de naître et d'évoluer à froid, d'être dès le début et de rester toujours par

la suite absolument aphlegmasique. Le cas suivant est un type de cette nécrobiose du syphilome scléro-gommeux.

12. *Affection scléro-gommeuse balano-préputiale, survenue à la septième année d'une syphilis remarquable par la précocité et la gravité de ses déterminations sur l'encéphale.*

Chez un malade qui avait eu en 1872 une encéphalopathie très précoce et des plus graves, dont j'ai rapporté tout au long la curieuse observation dans mon *Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux*, il se produisit spontanément, en mai 1878 (septième année de la syphilis), une affection tertiaire du gland.

Voici ce que je constatai : Dans le sillon balano-préputial à gauche, eschare noirâtre, humide, de la largeur d'une pièce de 0,20 centimes, reposant sur une base dure et entourée par une zone également dure et nettement circonscrite. On aurait dit un vrai chancre infectant, demi-sphérique, arrivé à la période où la partie centrale tombe en déliquium gangréneux, sans odeur. Peu d'inflammation périphérique. Suintement d'une sérosité sanieuse. Pas de douleur. Sur la muqueuse préputiale érosion pseudo-membraneuse.

Aucune violence extérieure pour expliquer cette lésion. Pas de coït; du reste le malade était depuis six ans incapable de le pratiquer. Pas d'attouchement suspect.

Les ganglions inguinaux étaient intacts. Il n'existait aucune autre manifestation syphilitique. Je reconnus là une *balano-posthite gommeuse tardive*. Le malade en avait eu une première atteinte trois ou quatre mois auparavant, car il y avait une échancrure cicatricielle de la couronne vers la ligne médiane, et il me raconta tant bien que mal que cette perte de substance avait été consécutive à une tumeur ulcéreuse, survenue dans les mêmes conditions que la dernière. Il était toujours dans le même état mental : demi-idiotie, très grand embarras de la parole, faiblesse de tout le côté droit. — Ramollissement chronique. Ce malade avait tout fait pour se guérir, sans arriver à aucun résultat. Il vit encore au commencement de 1886 (15^e année de sa syphilis : elle débuta par un petit chancre suivi de faibles accidents cutanés et muqueux; puis survint, à une époque très voisine du chancre, l'encéphalopathie, dont on trouvera le récit plus tard. — Ce n'est que 7 ans après le début, qu'il fut atteint d'une lésion vraiment tertiaire et cette lésion scléro-gommeuse siégeait exclusivement sur les organes génitaux.

B. Syphilome balano-préputial en plaques. — L'évacuation des gommès balano-préputiales donne lieu à de vraies cavernes qui laissent après leur cicatrisation une profonde perte de substance. Il ne faudrait pas croire toutefois que les dégâts soient toujours considérables. — Il y a en effet un assez grand nombre de cas où la lésion scléro-gommeuse s'étale sous forme d'une plaque peu épaisse qui ne fait que s'éroder et dont la cicatrice est presque imperceptible. Ce sont ces cas qui offrent avec le chancre infectant la ressemblance la plus parfaite. Voici un fait qui est le type parfait du syphilome tertiaire en plaque, du pseudo-chancre infectant, de celui que la plupart des syphiliographes ont longtemps considéré comme un fait de réinfection syphilitique. J'ai souvent com-

battu dans mes écrits et dans mes leçons cette manière de voir (1), parce que j'ai maintes fois observé des cas semblables au suivant :

13. *Pseudo-chancere syphilitique ou tubercule plat, chondroïde et érosif du sillon balano-préputial, survenu comme accident isolé vers la quinzième année d'une syphilis grave. — Pas d'adénopathie. — Aucune manifestation depuis quatre ans. — Aucun symptôme d'ordre secondaire après, annonçant une réinfection.*

M. X..., âgé de 42 ans, vint me consulter pour une lésion qui lui était apparue dans le sillon balano-préputial à gauche, vingt-trois jours après le dernier coït qu'il considérait comme suspect. Cette lésion consistait en une plaque indurée, mince, sèche, chondroïde, de 1 centimètre et demi carré de surface, détachée des parties sous-jacentes, à bords nets qui dépassaient un peu une érosion granuleuse occupant sa partie centrale. Il suintait de cette érosion un liquide séreux. Le filet qui était très près de cette sclérose était induré, mais sans érosion. Je trouvai là tous les caractères d'un chancere syphilitique dans sa période d'état. Mais il n'y avait pas trace d'adénopathie.

Je pensai alors à une lésion scléro-érosive tardive de la verge. Le récit du malade me montra que je n'avais pas eu tort. Le voici en quelques mots : Syphilis à l'âge de vingt-huit ans, accidents secondaires interminables, sous toutes les formes, plaques cutanées et muqueuses, etc. Traitement mercuriel pendant trois ans. — Vers la sixième année de cette syphilis, après trois ans d'une guérison apparente, douleurs ostéocopes très violentes, exostoses sur le tibia gauche; tubercules disséminés sur les côtés du tronc. Les douleurs ostéocopes durèrent cinq années. — Traitement prolongé par l'iode.

Il y avait quatre ans que le malade n'avait plus aucune manifestation spécifique, quand se produisit (quinzième année de la syphilis) ce pseudo-chancere infectant du sillon balano-préputial.

Le malade crut à une contagion nouvelle. M. Ricord, après beaucoup d'hésitation, fut du même avis, tant la ressemblance de cette sclérose érosive tertiaire avec la sclérose initiale était saisissante. Je persistai dans mon opinion qui se trouvait corroborée par les traces de syphilis que je découvris sur d'autres parties du corps : plaques de cicatrices tuberculeuses sur les flancs, rugosités et épaississement du bord antérieur des tibias. J'annonçai à M. X... qu'il guérirait très vite et qu'il n'aurait ni roséole, ni éruptions papuleuses généralisées, ni plaques muqueuses, etc., en un mot qu'il ne recommencerait pas une seconde vérole. Il avait très bien soigné la première. Pendant neuf ans, il s'était soumis à un traitement thermal à Luchon, à Aix, à Aulus, etc. Je lui fis prendre du sirop de biiodure ioduré.

Six mois après, ce malade m'écrivit que, malgré tout le soin avec lequel il s'était observé, il n'était parvenu à découvrir chez lui aucune trace de ces accidents secondaires dont il avait eu à souffrir pendant trois années, au début de l'intoxication. Son pseudo-chancere avait été guéri très rapidement.

Cette question est trop importante pour que je ne donne pas ici encore quelques spécimens de ces syphiloses génitales superficielles et bénignes dans lesquelles la néoplasie s'étale, s'érode à peine et ne se nécrobiose jamais brusquement. Elles ont une grande signification pronostique,

(1) Voyez mes *Leçons sur les maladies vénériennes*, p. 286. J.-B. Baillière et fils, 1883.

puisqu'elles indiquent que la diathèse n'est pas éteinte, et, au point de vue du diagnostic et de la doctrine, elles présentent un intérêt d'une importance incontestable.

14. Erosion tertiaire et indurée du gland, survenue neuf ans après l'accident primitif.

M. X..., 33 ans. Chancre infectant en août 1871. Accidents consécutifs légers et peu précis pendant les premières années. Jamais de blennorrhagie. — Aucun traitement spécifique. — En février 1880 (neuvième année), double sarcocèle syphilitique.

Il était marié depuis quatre mois et n'avait pas vu d'autre femme que la sienne, lorsqu'il constata, dix ans après le chancre, une induration sans érosion sur le côté gauche du gland. Au bout de cinq jours, cette induration, sous forme de plaque nettement circonscrite, devint érosive. Trois ou quatre jours après, quand je vis ce malade, il portait sur le gland une lésion qui ressemblait trait pour trait à un chancre syphilitique : érosion ovoïde reposant sur une base indurée qui la dépassait; teinte violacée, entremêlée de quelques filaments pseudo-membraneux, sécrétion séreuse. — Mais il n'y avait aucun gonflement des ganglions inguinaux. Indolence complète de ce pseudo-chancre. Je prescrivis du biiodure ioduré qui amena une guérison rapide.

15. Affection pseudo-chancreuse du filet, survenue spontanément à la douzième année d'une syphilis légère.

M. X..., 38 ans, me consulta plusieurs fois en mai, juin et juillet, pour une ulcération qui occupait tout le filet et les parties voisines. Elle était apparue spontanément après un an de continence. — Pas d'adénopathie. — Douze ans auparavant, syphilis à accidents consécutifs bénins traités par moi. — La lésion scléro-ulcéreuse ressemblait à un chancre infectant; elle dura trois mois et laissa une cicatrice reposant sur une base indurée qui ne disparut qu'à la longue. C'était la seule manifestation spécifique qui se fût produite depuis les accidents secondaires.

16. Néoplasme gommeux érosif du prépuce et du gland, simulant un chancre syphilitique, et survenu à la dixième année d'une syphilis légère, après cinq mois de continence.

Chez un malade âgé de 55 ans, qui avait, dix ans auparavant, contracté un chancre syphilitique suivi de maux de gorge, je constatai l'existence d'une ulcération balano-préputiale absolument semblable à un chancre infectant. — Le malade en était d'autant plus étonné qu'il n'avait eu aucun rapport sexuel depuis cinq mois.

Ce pseudo-chancre infectant présentait, douze ou quinze jours après son apparition, les caractères suivants : il était double, c'est-à-dire qu'une partie occupait la couronne et l'autre le filet et la muqueuse préputiale. Sa surface était plutôt érodée qu'ulcérée et sécrétait un liquide séreux. Sa base d'une dureté cartilagineuse était un peu diffuse et on sentait autour d'elle, dans le tissu cellulaire sous-muqueux, de petites nodosités pisiformes et chondroïdes.

Les ganglions inguinaux ne présentaient aucune tuméfaction.

Je jugeai que ce pseudo-chancre n'était autre chose qu'un néoplasme gommeux et je le guéris rapidement avec du sirop de biiodure ioduré. — Il n'existait ailleurs aucune autre détermination spécifique.

(A suivre.)

NOTE SUR UN CAS DE LICHEN RUBER,

Par **H. DÉSIR DE FORTUNET**, interne à l'hospice de l'Antiquaille.

Dans ces dernières années, l'étude du lichen a provoqué, à l'étranger surtout, de nombreuses recherches; malgré tout ce qui a été écrit, l'histoire clinique de cette affection est cependant loin d'être précise. A dire vrai, quelques faits soigneusement observés chez nous donneraient une idée plus exacte de la maladie que toutes les études (critiques) des ouvrages étrangers. En France, le lichen ruber est assez rare pour que nous ne croyions pas devoir laisser passer inaperçu le fait suivant observé pendant notre séjour à l'hospice de l'Antiquaille, alors que nous étions l'interne de M. le Dr Cordier, chirurgien-major désigné.

OBSERVATION. — M. X., âgée de 30 ans, se présentait, le 2 octobre 1886, dans le cabinet de M. Cordier, pour une éruption généralisée, constituée par de petites papules ombiliquées, très confluentes au niveau des plis de flexion et provoquant un prurit excessif. Dans son ensemble, l'exanthème est d'un rouge un peu foncé; à toutes ses périodes, il a offert le caractère de sécheresse qu'on lui trouve actuellement.

Son père et sa mère, âgés tous deux de 72 ans, ont toujours joui d'une parfaite santé. Jamais ils n'ont eu d'éruptions cutanées, de rhumatisme aigu ou chronique, de troubles gastro-intestinaux un peu sérieux. La malade eut huit frères ou sœurs; sept encore sont vivants. Tous sont bien portants, exempts de scrofule ou de maladies de la peau. Une sœur est morte d'affection aiguë du poumon; une seconde plus âgée souffre depuis longtemps de douleurs gastralgiques ayant résisté à tous les traitements. Ses trois autres sœurs, dont deux plus jeunes que notre malade, ainsi que ses deux frères, ont une santé parfaite.

Dans son enfance, elle eut la rougeole, la varicelle et, à plusieurs reprises, des angines assez graves. Il y a trois ans, à la suite d'un refroidissement, épanchement pleurétique peu abondant du côté droit. Jamais de douleurs rhumatismales ni d'éruptions cutanées, même dans la première enfance.

Pendant les hivers, elle ne fut pas sujette aux gerçures des mains; mais, actuellement encore, des engelures apparaissent aux orteils dès les premiers froids. Toute sa vie elle a souffert de violentes douleurs névralgiques; actuellement une migraine durant vingt-quatre heures environ reparait tous les mois. Ces accès ont disparu pendant tout l'hiver dernier; elle attribue cet heureux changement dans son état habituel à ce qu'alors elle prenait régulièrement de l'huile de foie de morue. Puis, au début de l'affection actuelle, lorsqu'elle commença à prendre de la liqueur de Fowler, les crises devinrent plus fréquentes; depuis trois mois, elles ont repris leur marche ordinaire.

La malade ne peut assigner aucune cause à l'éruption qui l'amène aujourd'hui. Elle n'a eu ni émotion violente, ni chagrin d'aucune sorte. Sa santé habituelle n'est nullement altérée; pas d'amaigrissement; pas de troubles digestifs. Elle vient réclamer à toutes forces qu'on calme le prurit qui, chaque jour, devient plus violent. Toute sa vie elle a été bien réglée et n'a jamais eu de grossesse.

L'éruption remonte au mois de mai dernier et apparut tout d'abord sur la partie externe et moyenne de la jambe gauche. Lorsque la malade s'en aperçut, elle formait une plaque très rouge de la grandeur d'une pièce de 1 franc. Ayant pris, la veille, un bain de son, elle crut avoir employé quelques substances malpropres et attacha d'autant moins d'importance à ce premier symptôme que la douleur était nulle. Dans les premiers jours de mai, l'éruption prit une teinte moins rouge et se couvrit de petites lamelles épidermiques blanchâtres. Au mois de juillet, elle remarqua que deux plaques semblables à la première s'étaient développées à l'autre jambe en des points à peu près symétriques. Puis, au commencement d'août, de petites papules rouges, isolées, déprimées à leur centre, se montrèrent à la partie antérieure du poignet droit; immédiatement l'éruption fut assez confluyente pour former une plaque de 2 centimètres de diamètre. Quinze jours après, mêmes symptômes au poignet gauche, et bientôt des papules semblables se montrèrent plus nombreuses sur le tronc et les membres.

A ce moment, la malade dit avoir eu chaque soir un mouvement fébrile; mais jamais la température ni la fréquence du pouls n'ont été notées. D'après son récit, elle avait une surexcitation nerveuse l'empêchant de rester au repos un seul instant. Elle éprouvait des bourdonnements d'oreille, sentait battre ses artères; ses groupes musculaires entraient brusquement en contraction; il lui semblait avoir sur les membres des plaques brûlantes.

Elle se décida alors à aller consulter son médecin habituel qui pensa à une forme de psoriasis et lui fit prendre de la liqueur de Fowler à la dose de 5 à 6 gouttes par repas. Il prescrivit en même temps quelques bains sulfureux qui firent pâlir un peu l'éruption et apparaître les lamelles épidermiques.

L'éruption se généralisant rapidement et le prurit devenant de plus en plus vif, la malade vint trouver, le 2 octobre dernier, M. le Dr Cordier. La lésion était alors assez caractéristique pour permettre de porter sans hésitation le diagnostic de lichen ruber. M. Cordier fit continuer le traitement arsenical à doses progressives, recommanda en même temps les alcalins et les lavages avec une solution d'acide salicylique dans l'eau et l'alcool.

Huit jours après (10 octobre), une nouvelle poussée très aiguë fit apparaître les papules en grand nombre sur le ventre et les régions lombaires, sur les parties supérieures des cuisses, dans l'aisselle et le pli du coude, sur les faces dorsales des pieds et des mains, dans les espaces interdigitaux.

Aujourd'hui (23 octobre), la malade tolère parfaitement 30 gouttes de liqueur de Fowler en vingt-quatre heures; son état général est bon, malgré des insomnies continuelles depuis près d'un mois causées par les violentes démangeaisons que le lit ne fait qu'exaspérer. L'extrait thébaïque et la belladone ne peuvent lui procurer le repos qu'elle réclame avec instance. Dès qu'elle succombe à la fatigue, elle est bientôt réveillée par des soubresauts et des troubles nerveux variés. Depuis le commencement d'octobre, elle affirme n'avoir jamais pris de repos avant quatre heures du matin.

Description de l'éruption. — Sur les membres inférieurs, l'éruption se

présente par larges plaques et recouvre la presque totalité des téguments depuis la racine de la cuisse jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne. Quelques espaces intermédiaires de peau saine siègent encore aux régions antérieures du genou, interne de la cuisse et inférieure de la jambe. Ces plaques de formes très variables, de couleur rouge brun, sont épaissies, infiltrées, entrecoupées par des sillons profonds et recouvertes de petites écailles blanchâtres. Elles proéminent de 1 à 2 millimètres au-dessus des points où la peau est encore restée saine. Si, comme l'indique Hebra, on soulève un pli de la peau, on trouve qu'elle a plus de deux fois l'épaisseur normale. Autour de ces plaques absolument sèches se montrent de petites papules isolées, aplaties, très dures, d'un rouge assez vif et nettement déprimées à leur centre; elles sont peu volumineuses, de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet. Celles qui ont pris leur complet développement ont une teinte plus sombre. Leur base est arrondie ou polygonale. Aucune ne s'est transformée en vésicules ou en pustules.

Aux membres supérieurs l'éruption est plus étendue du côté droit et très confluyente au niveau des plis de flexion; du côté de l'extension elle est presque nulle; à peine trouve-t-on quelques petites papules disséminées sans ordre. C'est en ces points surtout qu'il est facile de reconnaître les caractères morphologiques de ces papules, caractères longuement indiqués par Wilson, Hebra, Kaposi. Si les larges plaques des membres inférieurs pouvaient encore laisser quelques doutes sur la nature de l'éruption aux avant-bras, le diagnostic s'impose. A la face antérieure du poignet, au pli du coude, dans l'aisselle, les plaques éruptives présentent une surface rugueuse, granuleuse, leur donnant l'aspect d'une peau chagrinée avec quelques squames grisâtres. Si l'on examine avec attention ces larges placards, on voit qu'ils sont constitués par des papules juxtaposées, mais non confondues et offrant l'aspect d'une mosaïque. Même dans l'aisselle, l'éruption conserve toute la sécheresse qu'on lui trouve sur les régions découvertes.

Des groupes papuleux existent également dans les espaces interdigitaux, et de petites trainées de papules commencent à se former sur les parties latérales des doigts. La face palmaire est à peu près saine, les ongles n'offrent aucune lésion.

La face, le cuir chevelu, les muqueuses buccale et linguale sont dépourvus de toute éruption. Il n'en est plus de même de la nuque et du haut du thorax. Sur ces régions, les papules disséminées, affectant une disposition plus ou moins linéaire, sont petites, rouges, dures, mais leur sommet est moins nettement ombiliqué; quelques-unes même sont franchement acuminées.

Sur le ventre et les régions fessières, on trouve de larges plaques semblables à celles des membres inférieurs.

Pas d'engorgement ganglionnaire. Pas de troubles importants dans la sécrétion sudorale. Les fonctions gastro-intestinales se font normalement, malgré les doses croissantes d'arsenic.

2 novembre. — Aujourd'hui, la malade a été revue. L'état général reste très satisfaisant; mais l'éruption est devenue plus abondante. De larges plaques d'un rouge foncé et semblables à celles que l'on trouve aux membres inférieurs couvrent complètement le ventre, les flancs et les régions lombaires. Une éruption semblable existe sur la plante des pieds. La malade a eu, ces jours derniers, les jambes enflées; actuellement, tout œdème a disparu. On a diminué les doses d'arsenic. Le prurit persiste aussi violent.

Traitement : Liq. de Fowler, 10 gouttes à chaque repas; — magnésie cal-

cinée; — potion avec bromure, chloral et morphine; — lotions avec une solution d'acide salicylique dans l'alcool et la glycérine.

8 décembre. — La malade vient trouver M. Cordier. Tous les symptômes ont considérablement diminué. Le prurit a complètement disparu; l'éruption ne persiste plus que sur les jambes; partout ailleurs il se fait une abondante desquamation. Depuis le 20 novembre elle a pu reprendre ses travaux ordinaires.

Traitement : On supprime les calmants et l'on remplace la liqueur de Fowler par l'arséniate de soude.

17 janvier 1887. — Nous n'avons pu revoir notre malade qui est actuellement dans sa famille; mais nous savons qu'elle ne conserve plus de son affection que de légères traces sur les membres inférieurs.

Cette éruption, telle que nous venons de la décrire, diffère essentiellement de toutes les autres dermatoses. C'est une affection spéciale possédant ses symptômes propres et qu'il est impossible, à juste titre, de faire rentrer dans les genres prurigo, eczéma, psoriasis et dermatite exfoliatrice.

Le prurigo, avec ses papules d'un rouge pâle, arrondies, excoriées à leur sommet, presque exclusivement situées du côté de l'extension, sera facilement différencié. Le prurit violent est le seul caractère commun aux deux affections; mais le traitement par les bains, qui apporte toujours une amélioration au moins temporaire dans l'état des malades encore jeunes atteints de prurigo, demeure sans effet dans le lichen ruber.

Le psoriasis, même dans ses formes intenses, reste toujours plus limité, ses squames épidermiques nombreuses qui se détachent au simple grattage en prenant une teinte nacrée ont rarement pour siège les plis de flexion. Cette desquamation qui est, en quelque sorte, la caractéristique du psoriasis, est repoussée au dernier plan dans le lichen. Enfin, les sensations de brûlure, de picotement, sont des signes peu marqués, et l'épaississement de la peau manque presque complètement.

On ne peut également songer à l'eczéma. Même dans la forme chronique, sèche et lichénoïde, il est toujours possible de découvrir quelques vésicules, quelques croûtes, indices d'un suintement passager.

Dans la dermatite exfoliatrice, il n'y a ni trace de papules, ni épaississement de la peau. En huit ou dix jours, l'éruption caractérisée par une rougeur intense a envahi toutes les régions, même la face; puis bientôt l'épiderme se fendille, se soulève par plaques, et alors commence une abondante desquamation.

Le lichen ruber de Hebra qui n'est, du reste, qu'une des formes du lichen planus de Wilson, possède donc son individualité au même titre que le prurigo essentiel. Les épaississements chroniques de la peau sont fréquents à la suite des éruptions eczémateuses ou prurigineuses; mais ces troubles trophiques sont bien différents de cette forme de lichen, et

ce n'est que par une analogie très éloignée que l'usage a consacré les expressions de prurigo ou d'eczéma lichénoïde.

Le genre lichen tel que l'ont décrit Hebra et Kaposi renferme deux formes absolument distinctes. Le lichen scrofulosorum, appelé par d'autres lichen circumscriptus, lichen pilaris, consistant essentiellement en une infiltration cellulaire de l'appareil pilo-cébacé, trouverait mieux sa place à côté des diverses variétés d'acné. Aussi est-il presque regrettable que le même mot serve à désigner deux affections aussi nettement séparées.

De toutes les erreurs de diagnostic commises à propos du lichen ruber, la plus grave et peut-être la plus commune est de considérer cette affection comme syphilitique. Le traitement mercuriel ou ioduré ne peut avoir en effet dans ce cas que de fâcheux résultats, tandis que l'arsenic est pour cette affection un véritable spécifique. Cette vérité thérapeutique mise en lumière par Hebra était encore confirmée par M. Ernest Besnier dans un article des *Annales de dermatologie* 1882: « Son action, dit-il, est mathématiquement certaine; mais les doses doivent être assez élevées. » Chez notre malade le résultat a vraiment dépassé notre attente, aussi sommes-nous heureux d'inscrire ce nouveau succès à l'actif de la thérapeutique arsenicale.

RECHERCHES SUR QUELQUES LÉSIONS INFLAMMATOIRES ET NÉOPLASIQUES DE LA PEAU,

CONTRIBUZIONE A LA PHYSIO-PATHOLOGIE DE L'ÉPITHÉLIUM (RICERCHE INTORNO AD ALCUNE LESIONI INFIAMMATORIE E NEOPLASTICHE DELLA PELLE A SPECIALE CONTRIBUZIONE DELLA FISIOPATOLOGIA DELL' EPITELIO PAVIMENTOSO STRATIFICATO). (*Archivio delle scienze Mediche* ; vol. X, n° 16, Turin.)

Par le Dr **Sébastien GIOVANNINI.**

Un des plus distingués dermatologistes italiens nous donne, dans cette étude, de très intéressantes conclusions sur la kariokinèse, déduites avec une méthode des plus rigoureuses et un esprit de critique inattaquable. Ses recherches ont spécialement eu pour but d'établir quelques lois générales sur la physiopathologie de l'épithélium stratifié.

Déjà, en 1884, Flemming et Unna, le premier par induction, le second par observation directe, avaient admis le fait de la scission cellulaire dans l'épiderme des animaux supérieurs et de l'homme, mais seulement au point de vue physiologique. Pour le côté pathologique, Ostry avait rencontré la scission indirecte dans les condylomes, dans le syphilome initial, dans le lupus, etc. Tizzoni (de Bologne) avait, en outre, démontré, en 1884, la kariokinèse sur les bords de l'ulcération du mal perforant, comme résultat de l'inflammation réactionnelle, de la néoformation inflammatoire et de la régénération épithéliale; il observa, en outre, que, dans les formes irritatives lentes, la prolifération l'emportait sur la migration, et que, au contraire, dans les formes destructives, la dernière prédominait. Ces conclusions de Tizzoni furent le point de départ des recherches de Giovannini, que nous allons exposer ici sommairement.

Les faits physiopathologiques sur lesquels a porté l'observation de l'auteur sont divisés en trois groupes :

- 1° Irritations de la peau et leurs effets;
- 2° Faits de régénération;
- 3° Néoplasies.

Les divers degrés des irritations naturelles et expérimentales de la peau sont passés en revue en des chapitres successifs, depuis les irritations provoquées par le nitrate d'argent, l'acide pyrogallique, l'acide

chrysophanique, la teinture d'iode et les sinapismes, depuis les irritations légères déterminées par des causes générales, comme la *roséole maculopapuleuse du baume de copahu* et la *roséole syphilitique*, jusqu'aux inflammations *exsudatives, suppuratives* ou *destructives*, et aux inflammations néoplasiques.

Les régénérations de l'épiderme et du derme ont été étudiées dans les blessures, dans les plaies, dans les greffes cutanées.

Dans le chapitre sur les néoplasies, l'auteur a examiné des tumeurs qui ont leur origine sur l'épiderme (épithéliome malpighien et glandulaire) et d'autres qui, se développant sur le derme, ne produisent que des altérations secondaires de l'épiderme (lupus, mycosis fungoïde, sarcome cutané à petites cellules fusiformes). Voici les conclusions qui, logiquement, découlent de ces observations :

Dans les différentes phases du processus inflammatoire de la peau, les cellules de la couche de Malpighi présentent une active prolifération (scission indirecte). Dans l'épiderme, nous trouvons cette scission au cours des irritations simples, déterminées soit par des causes internes et externes, soit par des irritations de nature chimique ou physique (nitrate d'argent, acides, teinture iodique, suppuration du tissu sous-cutané, température élevée). On trouve également la scission indirecte des cellules épithéliales dans les inflammations exsudatives de la peau, représentées par une simple exsudation séreuse ou vésiculaire (phlyctène de brûlure, bulle de vésicatoire cantharidé, eczéma aigu, herpes, syphiloderme varicelloïde, prurigo), comme dans les inflammations qui donnent lieu ou à une infiltration purulente (nodule de l'acné, syphiloderme nodulaire ulcéré, gomme syphilitique ulcérée, ulcération chronique de varices), ou à une collection purulente sous forme de pustule (impétigo, chancre mou).

Finalement, les cellules épithéliales présentent les caractères de la multiplication indirecte dans les néoplasies inflammatoires de la peau (eczéma chronique, épaississement de l'épiderme sur un sinus fistuleux, siphylome initial, etc.), dans les réparations du tissu épithélial (blessures, plaies, greffes cutanées) et dans les tumeurs, soit primitives de l'épiderme, soit ayant leur origine sur le derme (lupus, mycosis fungoïde, sarcome).

Dans les simples irritations de la peau, la réaction des cellules épithéliales est en rapport non seulement avec la qualité, la durée et l'intensité de l'excitation, mais aussi avec son point de départ externe ou interne (derme, tissu sous-cutané). Une irritation faible et de courte durée ne détermine qu'une faible réaction de l'épiderme ; au contraire, cette réaction est très active si la même irritation (teinture d'iode), quoique d'un égal degré, se répète plusieurs fois sur la même partie.

Au cours des inflammations vésiculaires, la multiplication du tissu

épithélial s'observe, soit dans les premiers moments autour de la vésicule, comme réaction, soit à une période plus avancée, comme réparation de la partie détruite par la vésicule même.

Dans les phlogoses suppurées, constituées par une simple infiltration purulente intra-épidermique, la multiplication des cellules épithéliales se présente comme un fait de réaction et de réparation autour de la solution de continuité de l'épithélium détruit; naturellement, les cas dans lesquels un certain nombre de cellules épithéliales sont respectées par le processus inflammatoire, présentent cette multiplication cellulaire limitée à de petits foyers. Dans les inflammations suppuratives qui donnent lieu à la formation de pustules, la réaction des cellules épithéliales se fait autour du foyer de suppuration et dans une région lointaine de celle-ci au contraire de ce qui arrive dans les exsudations d'un moindre degré, par exemple, dans les vésicules.

Dans les néoformations inflammatoires de la peau, la prolifération des cellules épithéliales est très active quand ces néoformations intéressent à un haut point l'épiderme, et se caractérisent par un épaississement et par une desquamation abondante (eczéma chronique, épiderme épaissi d'un sinus fistuleux, condylomes plats et acuminés, psoriasis, etc.). Au lieu que, dans les cas de néoformations inflammatoires qui intéressent le connectif du derme, la kariokinèse de l'épiderme se rencontre comme fait de réaction dans les environs de la lésion, ou dans les points où l'excitation de l'épiderme, provenant des parties subjacentes, n'arrive pas à déterminer dans l'épiderme même des phénomènes destructifs.

En ce qui concerne les ulcérations et les autres solutions de continuité de la peau, on y retrouve, à un degré modéré, la prolifération des cellules épithéliales voisines, jusqu'à ce que prédomine le processus de destruction; mais quand ces pertes de substance tendent à la réparation, on observe une très active kariokinèse dans le tissu épithélial récent, qui donne lieu à leur guérison.

Ce même fait on l'observe non seulement dans l'épiderme directement en rapport avec une blessure, une ulcération, une plaie, mais aussi, dans la formation des groupes de cellules épithéliales, sur le tissu de granulation par greffe épidermique. En considérant à un point de vue général les modes de réparation des formes graves de destruction épithéliale, que l'on observe dans les différentes phases du processus phlogistique de la peau, on peut dire que cette réparation, quelle qu'elle ait été la cause qui détermine la destruction, a lieu par scission indirecte des cellules épithéliales.

Pour ce qui regarde les tumeurs de la peau, la multiplication des cellules épithéliales est très active dans les tumeurs qui ont leur point de départ sur l'épiderme, tandis que dans les autres (celles qui ont leur

origine sur le derme), elle est bien moindre; et, dans ce dernier cas, elle se présente ou comme un fait de réaction autour des lambeaux d'épithélium en destruction, ou comme phénomène irritatif des parties profondes de l'épiderme dans les cas où le développement de la néoplasie s'accomplit lentement et sans donner lieu à des altérations destructives.

Dans les inflammations et dans les néoplasies du derme, on peut observer la prolifération par scission indirecte des cellules fixes, des cellules mobiles et des endothéliums des vaisseaux. Et ce fait est en rapport avec l'acuité du processus inflammatoire. Dans les inflammations d'une certaine durée et qui n'arrivent pas jusqu'au degré de la suppuration, cette prolifération est plus facile à observer; néanmoins, on la rencontre très souvent dans les néoformations inflammatoires qui constituent le tissu de granulation des plaies, dans les greffes cutanées, dans les condylomes plats ou acuminés. Quand on a des foyers de suppuration ou des faits destructifs dans l'épaisseur du derme, la kariokinèse des éléments s'observe spécialement dans les régions qui environnent les parties détruites (eczéma aigu), ou bien autour des collections purulentes.

Finalement, dans les cas qui ont fourni les sujets d'études, la kariokinèse des globules blancs, quoique rarement, a été observée non seulement pour ceux dont le derme est infiltré dans les néoplasies inflammatoires, mais aussi pour ceux qui se trouvent dans l'intérieur des vaisseaux.

Le nombre des cellules en prolifération était très élevé dans les irritations de moyenne intensité, mais de longue durée, dans les processus de réparation et dans les néoformations inflammatoires de tissu épithélial, soit qu'elles fussent suivies d'un épaissement épidermique, soit qu'elles rendissent plus active la desquamation de la couche cornée. La prolifération des cellules épithéliales est aussi très abondante dans les tumeurs qui prennent leur origine sur l'épiderme.

Au contraire, la kariokinèse des cellules épithéliales est moins active autour des points de l'épiderme où le processus inflammatoire a atteint ses plus hauts degrés d'intensité; elle est, en outre, très limitée dans les cas de tumeurs ou d'autres lésions de la peau où l'épiderme s'atrophie ou se détruit. Néanmoins, en tenant compte de la rapidité avec laquelle la kariokinèse a lieu, même dans les cas qui présentent peu de cellules avec le noyau en mouvement, on trouve que, même là, elle n'est point négligeable.

En général, la multiplication des éléments épithéliaux intéresse les cellules plus jeunes de l'épiderme, c'est-à-dire les cellules plus profondes de la couche de Malpighi.

Cela arrive spécialement quand l'irritation a son point de départ dans le derme; quand ce point de départ est extérieur, la prolifération prédo-

mine au milieu du réticulum malpighien. Finalement, si la prolifération est destinée à remplacer des cellules épidermoïdales détruites, elle se manifeste tout près de leur siège.

Pour la distribution des cellules proliférantes dans le réseau malpighien, on peut dire qu'elles peuvent être isolées ou groupées par deux ou par trois, dans le cas de prolifération médiocre ; mais, quand la kariokinèse est abondante, on peut observer jusqu'à des groupes de quatre ou de cinq cellules ; cette tendance à se disposer par groupes est, au contraire, moins accentuée dans la kariokinèse des cellules fixes du connectif, quoique même ici, dans les cas où elle est très active, comme, par exemple, dans la régénération des pertes de substance du derme, on puisse en trouver quelques groupes de trois ou quatre ensemble : seuls les leucocytes situés dans le derme présentent des formes de kariokinèse ; jamais ceux des espaces intercellulaires ; et ces leucocytes en scission n'affectent de disposition spéciale.

Dans les noyaux en mouvement, l'on observe toutes les phases ascendantes et descendantes qui correspondent à celles décrites par Flemming dans son schéma. Mais Giovanniini dit avoir aussi observé dans les cellules de l'épiderme les modifications de forme qui accompagnent la division du protoplasme. Ainsi il a pu dessiner, là où la prolifération était très active, des cellules présentant un étranglement très net à l'équateur de leur protoplasme. Cette scission cellulaire semble suivre de près la scission du nucléum ; et même celle-là peut être déjà commencée quand la seconde n'est pas encore complète.

Dans ses observations, il a rencontré les formes de la division nucléaire, plutôt que les signes de la scission cellulaire ; mais ce fait trouve son explication dans l'hypothèse que la scission cellulaire s'accomplit bien plus rapidement que l'autre et que, par cela même, elle est moins aisée à surprendre ; ou encore dans le fait que la scission cellulaire peut être observée seulement dans certaines phases, à cause du peu de caractères des figurations.

Pour ce qui concerne la scission indirecte des éléments épithéliaux, Giovanniini se borne à noter ses particularités quand elle a lieu dans des éléments pourvus de cils, comme justement cela arrive pour les éléments qui forment le réseau de Malpighi. Dans ces conditions, l'auteur a pu observer avant tout que les cellules épithéliales conservent dans les diverses phases kariokinétiques du noyau leurs cils caractéristiques ; seulement, l'agrandissement du corps cellulaire se faisant spécialement aux dépens des espaces intercellulaires, ces espaces sont généralement rétrécis et, partant, les points nodaux qui se trouvent constamment au milieu des cils viennent à se trouver plus rapprochés de la cellule dont le noyau est en scission. Néanmoins, quoique ce fait soit presque toujours

la règle, l'on doit reconnaître que cette scission indirecte peut avoir lieu aussi dans des cellules épithéliales qui sont entourées d'espaces intercellulaires dilatés et remplis de sérosité pure ou mêlée de globules blancs ce qui démontre clairement comment ces cellules peuvent déployer leur activité reproductrice même quand une bonne partie de leur protoplasme s'est alvéolisé.

Très intéressants aussi sont les faits relatés dans le mémoire de Giovannini, sur le mode de formation de nouveaux cils, correspondant à la région de la division cellulaire. En prenant comme point de départ l'aspect connu que prend la cellule quand son noyau est en scission (table II, fig. 45, *a*) l'auteur a pu voir qu'à une certaine période de cette scission, l'espace clair qui environne ses deux parties du noyau en voie de division vient à être interrompu par une ligne sombre de protoplasme granuleux ; cette ligne est toujours disposée selon le grand diamètre des deux masses polaires qui la côtoient, et, par conséquent, verticalement à l'axe plus grand de la cellule même, un peu allongée à cette période (*c*). L'on trouve plus tard que, en correspondance avec cette ligne de division, il se fait comme un amincissement par lequel se constitue une bande de protoplasme plus large et en même temps plus transparente et moins granuleuse (*d*). A une période plus avancée, au milieu de cette bande claire, l'on observe des raies encore plus claires et alternantes avec des lignes plus foncées sans disposition régulière. Enfin, comme si, par une ultérieure raréfaction, des zones linéaires de protoplasme se détruisaient, l'on trouve des cils régulièrement disposés, unissant les côtés correspondants des deux cellules dont les noyaux sont sur le point d'entrer en repos (*f*).

Un autre fait, que l'auteur nous dit facile à observer dans l'épiderme soumis à des irritations un peu intenses, est celui de l'infiltration des leucocytes dans les espaces intercellulaires dilatés et des phénomènes destructifs déterminés dans les cellules épithéliales quand la quantité de ces éléments est un peu grande. Pour le rapport qui unit ce processus de migration avec celui de scission indirecte, que nous avons décrit, on peut dire en thèse générale que les phénomènes de destruction dans les cellules épithéliales prédominent d'autant plus que l'infiltration des leucocytes dans les espaces intercellulaires est abondante, au lieu que les faits de prolifération prédominent quand cette migration est modérée, ou quand, le processus inflammatoire prenant fin, les parties détruites tendent à la réparation.

Selon l'auteur, les leucocytes, qui dans des conditions pathologiques infiltrant les espaces intercellulaires, ne présentent jamais dans la peau des phénomènes progressifs ; ils s'éliminent par la surface avec le sérum et les détritux épithéliaux ou se détruisent dans le sein même de l'épiderme.

Toutes ces conclusions partielles ont finalement amené Giovannini à une conclusion générale d'hystogénèse pathologique de l'épiderme; à savoir que, par suite des nouveaux faits observés, il est inutile de recourir à des hypothèses. Du moment que dans les irritations, dans les néoformations phlogistiques et dans les réparations de l'épiderme, on rencontre une abondante prolifération de ses cellules épithéliales, on peut dire avec certitude qu'elles ont leurs origines exclusivement des cellules épithéliales préexistantes. La différence qui existe entre les cellules épithéliales en état de repos ou en voie de scission indirecte, et les globules blancs, comme aussi le sort divers que ces éléments subissent dans le tissu épithélial, ne permet, en aucune façon, de les confondre les uns avec les autres.

Aussi les faits progressifs décrits pour le derme sont accompagnés dans le processus inflammatoire de l'infiltration des globules blancs, infiltration limitée dans les cas légers au connectif périvasculaire, et, dans les cas d'irritation plus intense, étendue au tissu compacte. Et partant, selon la manière de réagir aux irritations, le derme peut être considéré comme constitué par deux variétés de tissus, irritables à deux différents degrés: dans les irritations légères la réaction est limitée aux connectifs lâches périvasculaires, plus irritables; au lieu que pour déterminer une réaction dans l'autre tissu plus serré des irritations plus fortes sont nécessaires.

En outre, l'étude du processus inflammatoire dans la peau nous éclaire dans certains cas sur le mode de connexion qui existe entre les cellules fixes du derme et les cellules épithéliales (eczéma aigu en voie de guérison, psoriasis) et sur les communications entre les cavités plasmatiques du connectif et les espaces interciliaires (eczéma chronique).

Telles sont les conclusions de cette remarquable étude. Regrettant de ne pouvoir la présenter *in extenso* nous avons du moins, grâce à l'obligeance de l'auteur, le plaisir de faire suivre cet article des planches mêmes qui accompagnent le mémoire original; il sera donc facile au lecteur de suivre pas à pas les instructives démonstrations de l'éminent histologiste.

BARBAVARA.

EXPLICATION DES FIGURES.

FIG. 1. — Peau du triton irritée avec le nitrate d'argent. Oc. 1, obj. II, Vérick.

a) Épithélium épaissi, présentant de nombreuses figures de kariokinèse; b) derme avec infiltration de leucocytes; c) partie normale de l'épiderme.

FIG. 2. — Peau humaine badigeonnée à plusieurs reprises avec de la teinture d'iode. Ensemble, oc. 1, obj. a. a., Zeiss. — Détails, oc. 3, obj. II, Vérick.

- a) Couche de Malpighi, avec nombreuses figures de kariokinèse; b) couche cornée; c) derme avec infiltration périvasculaire de leucocytes, dont quelques-uns en kariokinèse.

FIG. 3. — Peau recouvrant une adénite suppurée, plusieurs fois badi-geonné avec la teinture d'iode. Oc. 3, obj. D. D., Zeiss.

- a) Sillon de Malpighi; bb) cellules de ce sillon, très augmentées et avec le noyau de kariokinèse; ccc), cellules de ce sillon aussi plus grandes, mais avec des noyaux à l'état de repos; d) derme avec infiltration de quelques rares globules blancs.

FIG. 4. — Peau malade de *sudamina papulosa*. Ensemble oc. 1, obj. II. — Détails, oc. 3, obj. II, Véric.

- a) Couche de Malpighi avec un grand nombre de cellules en kariokinèse; b) couche cornée; c) derme médiocrement infiltré de leucocytes autour des vaisseaux; d) canal excréteur d'une glande sudoripare, infiltré de leucocytes.

FIG. 5. — Phlyctène (5 jours de son développement) produite par le feu sur la peau de la conque de l'oreille d'un lapin. Oc. 3, obj. V, Hartnack.

- a) Phlyctène; b) exsudat qui entoure immédiatement la vésicule; c) partie plus périphérique de ce même exsudat recouvrant l'épiderme; d) épiderme en proximité de la vésicule avec nombreuses figures kariokinétiques; e) derme en proximité de la vésicule avec infiltration de globules blancs; f) glandule sébacée avec plusieurs cellules en kariokinèse.

FIG. 6. — Altérations du derme en proximité d'une phlyctène de brûlure. Oc. 2, Hartnack; obj. II, Véric.

- a) Derme avec dilatation des cavités plasmatiques et infiltration de globules blancs en ces cavités; b) communication des cavités plasmatiques avec les espaces interciliaires dilatés; c) épiderme avec infiltration des globules blancs et rares figures kariokinétiques.

FIG. 7. — Altérations du derme dans une zone très éloignée d'une phlyctène par brûlure. Oc. 3, obj. V, Hartnack.

- a) Derme avec tuméfaction des cellules connectives et très peu d'infiltration des globules blancs; b) continuation de l'infiltration des globules dans les cavités plasmatiques avec celles des espaces interciliaires; c) épiderme avec bon nombre de figures kariokinétiques.

FIG. 8. — Vésicatoire 24 heures après le développement de la bulle. Oc. 3, obj. V, Hartnack.

- a) Restes du réseau malpighien; b) exsudat séreux qui laisse à nu le derme; c) derme dont les vaisseaux dilatés sont entourés par l'infiltration de globules blancs.

FIG. 9. — Vésicatoire 80 heures après le développement de la bulle. Ensemble oc. 2, obj. a. a., Zeiss. — Détails, oc. obj. 4, II, Véric.

- a) Derme dépouillé tout à fait d'épiderme; b) épiderme néoformée avec cellules en kariokinèse; c) derme avec une infiltration limitée de globules blancs autour des vaisseaux; d) glande sudoripare avec des cellules en kariokinèse.

FIG. 10. — Vésicatoire 9 jours après la formation de la bulle. Oc. 1, Zeiss; obj. II, Véric.

- a) Épiderme reconstitué avec quelques cellules en kariokinèse et couche cornée amincie; b) derme.
- FIG. 11. — Eczéma aigu en voie de guérison. Ensemble oc. 3, obj. IV. — Détails oc. 7, obj. IV, Hartnack.
- a) Épiderme avec beaucoup de cellules en kariokinèse; b) derme avec nodules périvasculaires, dans lesquels on voit des globules blancs de scission.
- FIG. 12. — Eczéma aigu en voie de guérison. Oc. 4, obj. VIII, Hartnack. Connexion naturelle entre les cellules connectives et les cellules épithéliales de la peau; kariokinèse dans les unes et dans les autres.
- FIG. 13. — Vésicule d'herpès zoster au sixième jour de son développement. Ensemble oc. 4, obj. a. a., Zeiss. — Détails oc. 3, obj. 3, Véric.
- a) Vésicule; b) épiderme environnant épaissi et avec plusieurs cellules en kariokinèse; c) derme.
- FIG. 14. — Herpès zona.
Altérations des cellules épithéliales en correspondance de la phlyctène.
- FIG. 15. — Vésicule de varioloïde. Ensemble oc. 1., obj. a. a., Zeiss. — Détails oc. 3, obj. II, Véric.
- a) Vésicule; b) épithélium entourant la vésicule avec nombreuses figures kariokinétiques; c) derme.
- FIG. 16. — Syphiloderme varicelloïde. Ensemble oc. 1, obj. a. a., Zeiss. — Détails oc. 1, obj. II, Véric.
- a) Vésicule; b) réticulum de Malpighi sous-jacent à la vésicule avec quelques rares figures kariokinétiques; c) derme; d) épithélium dans les environs de la vésicule avec quelques rares figures kariokinétiques.
- FIG. 17. — Prurigo. Ensemble oc. 1, obj. a. a., Zeiss. — Détails oc. 1, obj. II, Véric.
- a) Croûte; b) épiderme entourant, épaissi avec de nombreuses figures kariokinétiques; c) derme.
- FIG. 18. — Nodule d'acné. Ensemble. obj. 1, oc. a. a., Zeiss. — Détails oc. 3, obj. II, Véric.
- a) Glandes sébacées et follicule pilifère; b) derme entourant celles qui sont infiltrées de globules blancs; c) épiderme aminci, atrophié; d) épiderme épaissi et avec figures kariokinétiques.
- FIG. 19. — Chancre mou. Ensemble oc. 1, oc. obj. a. a., Zeiss. — Détails oc. obj. II, Véric.
- a) Derme ulcéré avec des globules blancs en scission indirecte; b) épiderme autour avec un certain nombre de figures kariokinétiques.
- FIG. 20. — Eczéma chronique. Oc. 3, obj. II, Véric.
- a) Infiltration périvasculaire avec des globules en kariokinèse; b) cavités plasmatiques du derme dilatées; c) épiderme avec cellules en kariokinèse.
- FIG. 21. — Eczéma chronique. Oc. 4, obj. VIII, Hartnack.
- a) Derme avec cavités plasmatiques dilatées; b) cellules connectives qui y sont contenues, atrophiées et en voie de destruction; c) communication de ces cavités plasmatiques avec les espaces

- interciliaires; d) épiderme avec une cellule qui présente son noyau en mouvement.
- FIG. 22. — Eczéma chronique (forme épithéliomateuse de Colomiatti). Ensemble oc. 1, obj. — Détails oc. 3, obj. II, Véric.
- a) Couche de Malpighi, épaissie avec nombreuses figures kariokinétiques dans sa partie profonde; b) couche cornéale épaissie; c) sclérose.
- FIG. 23. — Syphilome initial. Ensemble oc. 1, obj. a. a., Zeiss. Détails oc. 3, obj. II, Véric.
- a) Infiltration du derme avec des éléments connectifs en kariokinèse; b) épiderme situé au-dessus épaissi et présentant de nombreuses figures kariokinétiques.
- FIG. 24. — Syphiloderme papuleux. Oc. 1, obj. a. a., Zeiss.
- a) Derme; b) néoformation syphilitique nodulaire; c) épiderme dans les environs avec une cellule en kariokinèse.
- FIG. 25. — Syphiloderme lichénoïde. Oc. 1, obj. a. a., Zeiss.
- a) Derme; b) néoformations syphilitiques dans la couche papillaire, c) épiderme atrophié sur la lésion.
- FIG. 26. — Partie profonde d'un syphiloderme condylomateux papulo-hypertrophique. Oc. 4, obj. V, Hartnack.
- a) Vaisseau sanguin entouré par les cellules; b) de la néoformation spécifique, dont plusieurs en kariokinèse.
- FIG. 27. — Partie superficielle de la précédente. Oc. 4, obj. V, Hartnack.
- a) Épiderme avec cellules épithéliales en kariokinèse et infiltration de globules blancs; b) derme avec de cellules connectives en kariokinèse et substance intercellulaire d'apparence muqueuse.
- FIG. 28. — Ecthyma syphilitique superficiel en voie de guérison. Oc. 3, obj. II, Véric.
- a) Épiderme aminci et présentant une reconstitution (kariokinèse) des sillons malpighiens; b) derme.
- FIG. 29. — Psoriasis. Oc. 1, obj. A, Zeiss.
- a) Épiderme avec cellules en kariokinèse; b) derme avec néoformation périvasculaire; c) couche cornéale en desquamation.
- FIG. 30. — Psoriasis. Oc. 4, obj. VIII, Hartnack.
- a) Épiderme avec des cellules en kariokinèse; b) derme présentant un procès de sclérose et un réseau de cellules connectives plus évident, et connexion très évidente de celles-ci avec les cils des cellules épithéliales; c) vaisseau sanguin.
- FIG. 31. — Psoriasis. Altération du derme. Ensemble oc. 4, obj. V. — Détails, oc. 4, obj. VIII, Hartnack.
- a) Tissu réticulaire périvasculaire avec des globules blancs en scission; b. b.) vaisseaux sanguins; c) nerf; d) connectif sclérosé.
- FIG. 32. — Condylomes acuminés. Ensemble oc. 1, obj. II, Zeiss. — Détails oc. 3, obj. II, Véric.
- a) Épithélium épaissi avec nombreuses figures kariokinétiques; bbb, papilles; c) section d'une papille avec éléments connectifs en scission; d) leucocytes en kariokinèse dans les vaisseaux.
- FIG. 33. — Condylomes acuminés. Oc. 4, obj. VIII, Hartnack.
- a) Cellule épithéliale en scission indirecte, au milieu d'autres présen-

- tant l'alvéolisation de leur protoplasme pour dilatation des espaces intercellulaires.
- FIG. 34. — Condylomes acuminés. Oc. 4, obj. VII, Hartnack.
a) Cellule en scission indirecte au milieu des espaces intercellulaires dilatés et contenant des globules blancs.
- FIG. 35. — Condylomes acuminés. Oc. 4, obj. VIII, Hartnack.
Globules blancs qui s'amassent en cavité dans les parties superficielles de l'épithélium.
- FIG. 36. — Condylomes acuminés. Oc. 4, obj. VIII, Hartnack.
a, a) Cellules épithéliales en kariokinèse au milieu des espaces intercellulaires *bb* dilatés, contenant plusieurs globules blancs *c*.
- FIG. 37. — Verrue. Ensemble oc. 1, obj. *a. a.*, Zeiss. — Détails, oc. 3, obj. II.
a) Épiderme avec cellules épithéliales en scission; *b*) derme épaissi.
- FIG. 38. — Blessure du derme, figures kariokinétiques dans ses cellules fixes et errantes. Oc. 3, obj. V, Hartnack.
- FIG. 39. — Plaie de galvanocaustic. Oc. 3, obj. II, Véric.
a) Bord épithélial avec des cellules en scission; *b*) derme infiltré de leucocytes; *c*) surface de la plaie.
- FIG. 40. — Ilot épithélial au milieu d'une plaie. Ensemble oc. 1, obj. *a. a.*, Zeiss. — Détails oc. 3, obj. II, Véric.
a) Épiderme riche de figures kariokinétiques; *b*) tissu de granulation.
- FIG. 41. — Greffe épidermique en 16^e journée. Région périphérique. Ensemble oc. 3, obj. IV. — Détails, oc. 4, obj. IV, Hartnack.
a) Tissu de granulation; *b*) région d'épithélium infiltrée de globules blancs qui s'avancent dans le tissu de granulation; *c*) région qui fait suite à la précédente avec beaucoup de figures kariokinétiques; *d*) globules blancs et détritits granuleux amassés sur la surface de la plaie.
- FIG. 42. — Greffe épidermique en 16^e journée; manière dont le nouveau tissu se soude au tissu de granulation. Oc. 3, obj. V, Hartnack.
a) Tissus de granulation avec des éléments connectifs en kariokinèse; *b*) greffe; *c*) sa partie profonde présentant plusieurs cellules épithéliales en kariokinèse; *d*) trainées épithéliales qui plongent dans le tissu de granulation et qui sont très riches de figures kariokinétiques.
- FIG. 43. — Greffe épidermique en 12^e journée. Ensemble oc. 3, obj. IV. — Détails oc. 4, obj. IV, Hartnack.
a) Tissu de granulation de la plaie; *b*) zone de destruction de la greffe par l'infiltration des globules blancs; *c*) scission indirecte des cellules que n'atteint pas cette destruction.
- FIG. 44. — Épithéliome malpighien. Ensemble oc. 1, obj. II. — Détails oc. 1, obj. VI, Véric.
a, a, a) Trainées épithéliales avec de nombreuses figures kariokinétiques; *b*) stroma avec des cellules connectives en kariokinèse.
- FIG. 45. — Cellules de la couche malpighienne en voie de scission indirecte; phases diverses de la scission du protoplasme et de la formation des cils au niveau de la ligne de division. Ensemble oc. 4, obj. VIII. — Détails oc. 4, obj. II, Zeiss.

RECUEIL DE FAITS.

I

HERPÉTIDE EXFOLIATRICE MALIGNE CONSÉCUTIVE A UN PSORIASIS,

(Observation recueillie à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr VIDAL.

Par M. Paul RAYMOND, interne des hôpitaux.

La nommée Annette T..., âgée de 53 ans, ménagère, entre le 8 juin 1886, dans le service de M. le Dr Vidal.

Cette femme n'a jamais été malade. Aucun antécédent de scrofule ni de syphilis. Sujette depuis longtemps à des douleurs articulaires revenant presque tous les ans. Elle prétend ne pas boire, mais on trouve des signes évidents d'alcoolisme. Ménopause à 46 ans. Deux enfants, le dernier il y a 24 ans.

Pas de psoriasis dans la famille ni aucune affection cutanée. Pas d'antécédents arthritiques appréciables.

La malade paraît avoir eu à l'âge de 24 ans une première poussée de psoriasis, et depuis cette époque elle aurait toujours eu quelques plaques aux coudes et aux genoux.

Il y a six ans survint une poussée de psoriasis disséminé sur tout le corps. On la traita par la liqueur de Fowler, le savon noir et l'acide pyrogallique. Elle fut blanchie en quelques semaines.

Il y a cinq ans, nouvelle poussée, et depuis lors l'éruption a toujours persisté en quelque point.

En 1885, nouvelle poussée au mois de juin. La malade se soigne chez elle par la liqueur de Fowler, et au mois d'août l'éruption avait disparu.

Au mois de février 1886, poussée actuelle plus étendue que les précédentes; en même temps, les plaques sont plus larges. Depuis une quinzaine de jours, il y a une sorte de recrudescence dans la marche de l'affection. Actuellement, on trouve de larges plaques de psoriasis sur la partie antérieure de la poitrine et de l'abdomen. En ces points, la peau est rouge, des squames épidermiques, foliacées et épaisses s'arrachent par plaques de plusieurs centimètres de large. Au-dessous, la peau est très enflammée, lisse, luisante avec piqueté hémorrhagique.

Sur les bras, notamment à leur face postéro-externe, on trouve de larges plaques avec desquamation foliacée encore plus large que sur le tronc. Autour des coudes, psoriasis nummulaire et guttata avec squames blanches, nacrées, sans inflammation.

Sur les avant-bras, psoriasis guttata et punctata avec les squames typiques. Ces plaques seraient récentes et dateraient seulement de quinze jours.

Sur le dos, les coudes, les cuisses et les jambes, sur leur face postérieure aussi bien que sur la face antérieure, on trouve de larges placards de psoriasis.

riasis recouverts de squames nacrées et d'autres élevures de psoriasis guttata datant de quinze jours.

La face, le cuir chevelu présentent aussi des plaques de psoriasis disséminées. Les oreilles, à leur partie externe, sont tout entières couvertes de squames nacrées, brillantes, avec desquamation furfuracée, mais sans rougeur sous-jacente.

On retrouve ces fines squames furfuracées sur le front, principalement sur les sourcils, sur les joues et le cou.

On ne remarque aucune plaque de psoriasis ni à la paume des mains, ni à la plante des pieds.

Depuis quelques jours, la malade se plaint de ressentir au niveau de l'éruption de la poitrine, une sensation de brûlure excessivement intense, qui détermine des démangeaisons et amène de l'insomnie. Lorsqu'on découvre la malade, elle accuse alors une sensation de frisson sur tout le corps, mais principalement sur la poitrine. La malade urine 2 litres en vingt-quatre heures. L'urine est claire, d'une couleur jaune verdâtre; elle mousse spontanément. 1 gramme d'albumine par litre. Cylindres hyalins et cylindres granuleux. 12 à 15 grammes d'urée dans les vingt-quatre heures. L'urée du sang n'a pas été dosée.

Traitement. — Régime lacté exclusif. Cataplasmes. Bains d'amidon.

16 juin. — Depuis quatre ou cinq jours, l'inflammation du psoriasis s'est étendue. Frissons. Perte de sommeil.

La malade a de la fièvre. Pouls = 124 ample et vibrant. T = 38.

Aux cuisses, l'inflammation est très prononcée.

La desquamation se fait en larges plaques sur tout le corps. Ces plaques sont légèrement adhérentes par leurs bords, mais au centre, elles n'adhèrent aucunement à la peau sous-jacente qui est enflammée, très rouge, luisante et lisse.

On ne trouve nulle part trace de liquide. Seulement au-dessous des plaques, une goutte de sérosité visqueuse étalée sur le derme mis à nu. Sulfate quinine 0^{gr},75.

17 juin. — La fièvre continue. Facies abattu et fatigué de la malade qui ne voit pas. L'inflammation cutanée s'est généralisée. Depuis vingt-quatre heures, l'inflammation a pris des proportions énormes; elle s'est étendue à toutes la surface du corps. Langue saburrale. Pouls = 104. T. = 38,5

Sulfate de quinine 1 gramme.

18 juin. — La malade va un peu mieux. Il semble que l'inflammation soit moins intense. Urine 2 litres et demi. Sous l'influence du régime lacté, l'albumine est tombée à 0^{gr},50 par litre. Dans quelques jours, elle descendra à 0^{gr},30.

Le diagnostic de néphrite interstitielle n'est pas douteux. La malade n'a jamais eu d'œdème, mais elle aurait eu des bourdonnements d'oreilles, des maux de tête, de la polyurie. On constate au cœur un souffle systolique à la pointe, et par moments un léger bruit de galop.

21 juin. — L'état général est toujours mauvais, mais l'état local paraît s'améliorer.

Les jours suivants, la malade va mieux, mais elle se lève, prend froid; et à partir du 2 juillet, recrudescence de l'inflammation, réapparition des symptômes locaux et généraux de la première période.

7 juillet. — La dermatite est généralisée. Squames très nombreuses rempissant le lit. On en évalue la quantité à une poignée. La peau dans sa totalité

est d'un rouge sombre, fissurée. La malade accuse de fortes douleurs semblables à celles qu'occasionne une brûlure, et en même temps, lorsqu'on la découvre, une sensation de froid avec frissons. Facies jaune terreux, abattu. Insomnie, inquiétude, agitation, subdelirium à l'approche de la nuit.

9 juillet. — La dermatite est généralisée. Desquamation en larges plaques, les unes simplement lamelleuses, les autres constituées par plusieurs couches de lamelles superposées et qu'on détache facilement les unes des autres.

L'urine de même couleur est trouble. L'albumine persiste.

La langue desquame, se sèche.

La malade souffre beaucoup : cuisson, démangeaisons, élancements.

10 juillet. — État général très mauvais. La peau se fendille dans toute son étendue. Ces fissures, qui atteignent 2 centimètres, laissent transsuder du sang.

La nuit, la malade est très agitée : elle ne dort pas et crie comme une brûlée. Pas de chute des poils ni des ongles. Ceux-ci s'accroissent avec des striations transversales.

Forte dyspnée survenant par accès et allant jusqu'à l'apnée. Par moments on observe le type de Cheyne Stokes.

Les frissons continuent. Le souffle cardiaque semble être un peu plus rude. Râles de congestion aux bases. Respiration soufflante.

Facies terreux, bronzé. Suffusion ictérique des conjonctives.

12 juillet. — Délire nocturne et diurne. Diarrhée. La desquamation se fait par des plaques plus larges et plus épaisses que jamais.

Les ganglions de l'aîne sont un peu tuméfiés ; ils ne sont pas douloureux. Quelques ganglions axillaires tuméfiés. Le sang est examiné au point de vue des microbes ; le résultat est négatif. Il en est de même pour l'urine.

La desquamation s'étend à toute la face et même aux lèvres.

14 juillet. — État général très mauvais. La malade est à peine calmée par 5 à 6 grammes de chloral.

15 juillet. — Le délire et des cris aigus arrachés par la souffrance continuent. Délire d'action et de parole. Cependant la malade reconnaît les personnes qui l'approchent.

La diarrhée persiste. La congestion pulmonaire augmente.

16 juillet. — Délire nécessitant l'emploi de la camisole.

Certaines squames sont plus larges qu'une pièce de 5 francs, légèrement agglutinées à leur partie profonde par une substance onctueuse. Le derme sous-jacent paraît moins rouge que les jours précédents.

La malade tombe dans un assoupissement entremêlé de phases de délire.

17 juillet. — Cyanose des extrémités. Refroidissement des mains. Grande gêne de la respiration. Coma et mort le 19 juillet.

Autopsie. — L'autopsie est faite vingt-sept heures après la mort, à une température de 17° centigrades.

Le cadavre n'est pas trop décomposé. Il est recouvert de larges squames foliacées, de même adhérence que pendant la vie.

Cavité thoracique. Quelques adhérences pleurales. Pas d'épanchement dans les plèvres.

Poumon droit congestionné dans toute son étendue sans points d'hépatation. Emphysème sur le bord antérieur.

Poumon gauche. Très congestionné, sans autre lésion.

La muqueuse bronchique est rouge et vascularisée.

Foie. Apparence normale à sa surface. Poids, 1,240 grammes.

A sa coupe, les lobules sont résistants et très marqués.

La vésicule biliaire ne contient pas de calcul. Bile couleur normale. Rate molle diffluente, d'un rouge sombre. Poids, 276 grammes.

Les reins offrent les lésions de néphrite interstitielle à leur degré le plus avancé.

Rein gauche. — Petit, rouge, atrophie, lobulé; type du rein de Todd. Poids : 30 grammes. La substance corticale est réduite à 3 millimètres. Elle est granuleuse. La substance médullaire est envahie par la dégénérescence graisseuse. Elle atteint à peine 1 centimètre d'épaisseur.

Au milieu de ces deux substances, on trouve des kystes de la dimension d'une grosse lentille remplis de sérosité claire, limpide, jaunâtre.

Artères sinueuses, indurées, béantes à la coupe. Décortication très difficile et entraînant les glomérules de la surface.

Rein droit. — Présente les mêmes lésions de néphrite avec une poche kystique énorme qui contient environ deux cuillerées à soupe de sérosité citrine; et des poches secondaires plus petites qui ont envahi toute la substance rénale. Le parenchyme n'existe plus. Il est converti en une substance d'un blanc jaunâtre et granuleuse.

Cœur mou. — Son parenchyme se déchire à l'ongle. Poids : 380 grammes. Couleur rouge livide.

Les valvules de l'aorte sont suffisantes, et on ne remarque pas au niveau de cette dernière de plaques d'athérome, sauf sur les sigmoïdes.

Les valves de la mitrale se ferment bien. Les bords de l'orifice sont un peu épaissis. Il atteint 9 centimètres de circonférence. Aucune trace d'athérome; mais sur la valve externe, près des parois du ventricule, on trouve une végétation polypiforme qui paraît être de date ancienne. Elle offre les dimensions d'un pois et n'adhère que très peu à l'endocarde. Son apparence est muriforme, et sa couleur d'un rouge jaunâtre.

Les cordages des piliers ventriculaires sont normaux.

Utérus sain. — *Vessie saine.* distendue par une grande quantité d'urine. L'estomac est normal, ainsi que les autres segments du tube digestif qui ne présentent aucune ulcération.

Cerveau. — Dure-mère normale mais pâle. Surface du cerveau normale. Les méninges ne sont pas injectées : elles sont au contraire comme lavées. Base de cerveau normale. Pas d'athérome des artères.

Des coupes, faites dans diverses directions et portant sur tout l'encéphale, ne révèlent ni injection ni altération d'aucune sorte.

Enveloppes rachidiennes et moelle paraissant normales.

Les lésions dominantes sont donc la congestion pulmonaire et surtout une néphrite interstitielle extrêmement avancée.

Examen microscopique. — Indépendamment des lésions de néphrite diffuse avec prédominance de tissu scléreux dans le rein où l'on note également une endo-périartérite très avancée et en dehors d'une cirrhose hépatique bi-veineuse à sa période initiale, altérations qui ne nous arrêteront pas ici, voici les lésions cutanées que nous avons pu constater :

Les papilles du derme sont considérablement augmentées dans toutes leurs dimensions : quelques-unes sont globuleuses, séparées par des prolongements interpapillaires un peu amincis, et dont le développement du côté du derme est très peu exagéré.

Ces papilles s'étendent pour la plupart jusqu'à la couche cornée dont elles ne sont séparées que par quelques cellules de corps muqueux rares et petites.

Ces cellules font même défaut sur plusieurs points, de sorte que les papilles sont immédiatement recouvertes par la couche cornée, ce qui semble expliquer les douleurs et la sensation de brûlure qu'accusait la malade lorsque cette couche cornée, venant à disparaître, laissait à nu le sommet des papilles.

Les vaisseaux des papilles sont très dilatés et congestionnés : tout autour et remplissant les papilles, diapédèse abondante de globules blancs et rouges.

Le derme, à sa partie moyenne et surtout à sa partie superficielle, est infiltré d'un grand nombre de cellules embryonnaires. A mesure qu'on approche de l'hypoderme, ces cellules deviennent moins nombreuses, et les couches profondes du derme sont à peu près saines. La prolifération cellulaire débute par la périphérie des vaisseaux.

Les vaisseaux du derme sont très dilatés, remplis de globules, mais normaux. Les nerfs sont absolument sains : partout la myéline est homogène ; on ne la trouve fragmentée en aucun point, et l'on peut suivre des filets nerveux jusqu'au sommet des papilles sans trouver la moindre altération des enveloppes du nerf ou de la gaine de myéline.

Les glandes sudoripares, les follicules pileux ne présentent pas d'altération appréciable. En somme, dermatite intense, mais superficielle.

Du côté de l'épiderme, on constate les lésions suivantes :

La couche des cellules cylindriques est à peine visible. On trouve à sa place une surface foncée peu distincte, dont les limites avec les papilles sous-jacentes ne sont pas franchement arrêtées par suite de l'infiltration cellulaire qui pénètre les bourgeons interpapillaires. Ces cellules semblent plus petites qu'à l'état normal et comme légèrement aplaties.

Les cellules polyédriques sont devenues réfringentes : nombre d'entre elles sont arrondies et vésiculeuses avec refoulement du noyau. Leurs dentelures ont disparu, leurs noyaux sont aplatis et allongés transversalement. La couche de ces cellules est dans son ensemble très amincie : on ne voit guère qu'une ou deux rangées de petites cellules polyédriques, puis celles-ci s'aplatissent et se continuent insensiblement avec le stratum granulosum.

Celui-ci est également d'épaisseur moindre. Il ne présente pas la coloration si nette qu'on trouve à l'état normal en traitant les coupes par le picro-carmin. Cette coloration commence dans les cellules aplaties de corps muqueux, et arrive par degrés à un rouge un peu plus vif au niveau du stratum granulosum. Le noyau de ces dernières cellules est très allongé transversalement.

La couche cornée est considérablement augmentée d'épaisseur. Elle est formée de cellules aplaties colorées en jaune pâle rosé, et qui contient un noyau allongé coloré en rouge. Ces cellules constituent des lamelles imbriquées qui se séparent en certains points en suivant une sorte de plan de cli-vage, formant ainsi des vacuoles qu'on trouve par places remplies de globules sanguins. On trouve de même en d'autres points des globules de sang qui ont détaché cette couche cornée de la couche sous-jacente : ces points correspondent généralement au sommet des papilles.

Les limites de la couche cornée et du stratum granulosum sont mal tracées : on voit que le processus de kératinisation n'est pas complet, et que les cellules représentant la couche cornée sont des éléments dont les phases d'évolution ont été hâtées et interrompues par la rapidité de la marche de la dermatite.

INFECTION SYPHILITIQUE PAR LE MAMELON OBSERVÉE CHEZ UN HOMME.

(Observation recueillie par le Dr **HÉRARD**, médecin des hôpitaux.)

M. X..., âgé de 63 ans, d'une bonne santé habituelle, se présente à ma consultation dans les premiers jours du mois de décembre 1883, avec une petite plaie en coup d'ongle à bords indurés, à la base du mamelon gauche.

M. X... me raconte que, le 16 novembre, il a eu des rapports avec une femme qu'il ne connaissait pas. Il n'y a pas eu coït, mais seulement succion de la verge et du mamelon (il ne peut préciser s'il y a eu morsure).

Au bout de huit à dix jours, le malade commence à sentir une légère douleur et le mamelon gauche lui paraît plus dur.

Je le vois dans les premiers jours de décembre, et je constate l'existence d'une petite plaie à fond grisâtre, à bords indurés, siégeant à la base du mamelon, et la pensée de la syphilis se présente immédiatement à mon esprit.

Je lui conseille d'appliquer sur la plaie de la charpie imbibée de vin aromatique et je l'engage à revenir dans quelques jours. Je l'examine cette seconde fois avec M. le Dr Reynier. Nous constatons, en plus de la plaie et de l'induration qui a envahi toute la base du mamelon, une rougeur érysipélateuse en forme de plaque étendue du sein à l'aisselle. Le doigt perçoit un ganglion tuméfié, incolore, vers le bord axillaire. Rien à la verge, pas d'éruption. Un traitement mercuriel est prescrit.

Dans les premiers jours de janvier, roséole et bientôt éruption papulo-squammeuse confluyente.

Le 30 janvier, l'éruption commence à pâlir, la plaie du mamelon est guérie, l'induration a presque disparu, la rougeur érysipélateuse n'existe plus, mais le ganglion persiste encore quoique diminué de volume.

Le 20 février, l'éruption a presque complètement disparu.

REVUE DE DERMATOLOGIE.

- I. — M. JOSEPH. — EXPERIMENTELLE UNTERSUCHUNGEN UBER DIE AETIOLOGIE DER ALOPECIA AREATA. (RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ÉTILOGIE DE L'ALOPÉCIE EN AIRES), communication faite dans la section de dermatologie et de syphiligraphie du 59^e congrès scientifique tenu à Berlin en 1886. (*Monatshefte für praktische Dermatologie.*)
- II. — CLINIQUE DU PROFESSEUR DOUTRELEPONT. — UEBER DIE AETIOLOGIE DER ALOPECIA AREATA (DE L'ÉTILOGIE DE L'ALOPÉCIE EN AIRES), par M. BENDER. (*Deutsche med. Wochensch.* 1886, n^o 46.)
- III. — NOTE SUR LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DE L'HERPÈS FÉBRILE, par SPILLMANN. (*Revue médicale de l'Est*, 15 décembre 1886.)
- IV. — LE ZONA CHRONIQUE, par LEUDET, de Rouen. (*Archives générales de médecine*, janvier 1887.)
- V. — DE QUELQUES FORMES RARES D'URTICAIRE (URTICAIRE GÉANTE, URTICAIRE INTERNE), par RAPIN. (*Revue médicale de la Suisse romande*, novembre et décembre 1886.)
- VI. — PURPURA HÉMORRHAGIQUE AVEC OÈDÈMES MOBILES ET CRISES GASTRO-INTESTINALES, par PAUL BINET. (*Revue médicale de la Suisse romande*, 15 août 1886.)
- VII. — DU VITILIGO D'ORIGINE NERVEUSE, par O. LEBRUN (*Thèse de doctorat*. Lille, 1886.)
- VIII. — TRAITEMENT DE LA FURONCULOSE, par PALASNE DE CHAMPEAUX (*Archives de médecine navale*, 1886, p. 306.)
- IX. TRAITEMENT DES NOËVI VASCULAIRES PAR ÉLECTROLYSE, par H. PITOT. (*Union médicale et scientifique du Nord-Est*. Juillet 1886.)
- X. — TRAITEMENT DES VERRUES PAR LA MAGNÉSIE A L'INTÉRIEUR, par COLRAT. Communication à la Société des sciences médicales de Lyon. (*Lyon médical*, 12 septembre 1886.)
- XI. — DU LUPUS COMPLIQUÉ D'ÉPITHÉLIOMA, par BIDAULT (*Th. de doctorat*, Lille 1886.)

I. — L'alopecie en aires est-elle d'origine parasitaire ou trophonerveuse. L'auteur ne s'occupera ici que de cette dernière. Mais, avant tout, existe-t-il des nerfs trophiques? Y a-t-il un trouble de nutrition occasionné par ces nerfs, une trophonévrose? D'après ses expériences, il lui est permis de répondre d'une façon affirmative à ces questions.

Voici quelques faits qui permettent de considérer l'alopecie en aires

comme une trophonévrose, autrement dit comme une maladie sous la dépendance de l'affection trophique des nerfs.

Si l'on extirpe, chez un chat, le ganglion spinal du deuxième nerf cervical, on est obligé, vu les dispositions anatomiques, d'enlever non seulement le ganglion, mais aussi un fragment de la racine postérieure, ainsi qu'un long morceau de la racine antérieure; on observe alors les phénomènes suivants :

Au 5^e, 7^e, 11^e, 12^e et une fois seulement au 27^e jour après l'opération, on voyait apparaître dans la sphère d'expansion du deuxième nerf cervical, c'est-à-dire du nerf grand occipital, du petit occipital et du grand auriculaire, une alopecie partielle comparable à celle qu'on observe dans des maladies analogues chez l'homme.

Sur un ou plusieurs points circonscrits de la dimension d'une pièce de 20 centimes des régions ci-dessus indiquées, sur une peau macroscopiquement normale, les poils étaient éclaircis sur des espaces arrondis, ovales ou un peu allongés. Plus tard, il survint une calvitie complète, et les plaques chauves atteignirent chacune la largeur d'une pièce de 50 centimes jusqu'à celle d'une pièce de 1 franc.

On constata ces phénomènes sur toute une série d'animaux, mais les plaques chauves étaient surtout prononcées dans les cas où l'opération avait été pratiquée des deux côtés; la chute des poils était alors bilatérale et symétrique.

L'auteur insiste sur ce que ces points chauves ne présentaient pas de troubles marqués de la sensibilité, pas de prurit, du moins pas d'effets de grattage et, malgré de nombreux examens, pas de maladie parasitaire. Sur des animaux de contrôle, on n'a jamais constaté la chute des poils avec des caractères analogues.

Cette calvitie en foyers serait, selon l'auteur, le résultat d'un trouble purement trophique de l'innervation.

Ces faits démontreraient aussi l'existence d'une espèce particulière de fibres, de nerfs trophiques.

Les résultats de l'examen microscopique semblent confirmer cette manière de voir. L'auteur a, en effet, trouvé une atrophie de la papille du poil liée à une absence complète du poil lui-même; à sa place on voit les gaines de la racine étroitement serrées les unes contre les autres ou bien séparées par un espace vide. Le point d'implantation primitif du poil n'est reconnaissable qu'à une répartition plus ou moins forte du pigment. Comme transition de l'état normal à cette période finale, on aperçoit encore, en quelques points, le poil conservé dans la gaine de la racine, mais son diamètre transversal est 4 ou 5 fois plus petit qu'à l'état normal. Bien plus, sur certaines préparations, on trouvait seulement les muscles érecteurs des poils et les glandes sébacées con-

servés, le poil avait complètement disparu. Les glandes sébacées et sudoripares ne sont pas altérées, il n'existe aucune trace de phénomènes inflammatoires, mais microscopiquement aussi on est en présence d'une atrophie complète.

D'après cela, il est probable, qu'à la suite de la section des nerfs, l'action trophique sur la papille du poil s'éteint; cette dernière est atrophiée, et consécutivement le poil se détache du terrain pilifère et est détaché par des causes mécaniques des gaines de la racine.

Les traumatismes et les nerfs vasculaires ne jouent certainement aucun rôle dans la production de ces plaques chauves, aussi l'auteur considère-t-il comme démontrée l'existence de nerfs simplement trophiques, sinon au point de vue anatomique, du moins physiologique. Il pense que cette chute des poils est déterminée par la destruction de ces nerfs trophiques.

Ces expériences ont d'autant plus d'importance qu'on ne saurait nier que la ressemblance avec l'alopecie en aires observée chez l'homme est très grande.

Michelson fait, avec raison, remarquer que, avec cette chute des poils survenant à la suite de troubles du système nerveux, le plus souvent il ne se produit qu'un éclaircissement de la chevelure, mais, là où il existe un délumium complet, la forme des plaques chauves est tout à fait irrégulière (en forme de stries, en aires triangulaires, en forme de cartes géographiques). L'auteur n'a rien observé de semblable dans ses expériences sur les animaux; les plaques chauves, au contraire, étaient très nettement circonscrites à la périphérie et leurs contours assez réguliers.

Ces expériences expliquent aussi quelques phénomènes qui paraissaient incompatibles avec la théorie trophonerveuse.

Il paraissait tout d'abord incompréhensible pourquoi l'affection trophonerveuse primaire attaquait précisément les fibres nerveuses qui desservent ensemble le district presque circulaire d'une aire, où il devrait, par conséquent, arriver que des parties provenant du milieu d'un nerf fussent malades, alors que les terminaisons périphériques fonctionneraient encore d'une manière normale.

Par analogie avec la disposition trouvée par Türk pour la distribution des nerfs sensibles, l'auteur tire de ses expériences cette conclusion que, dans la sphère du deuxième nerf cervical, il y a pour les fibres trophiques des territoires communs et des districts exclusifs. Par suite, après la section des nerfs, les territoires communs ne sont pas altérés, tandis que les territoires exclusifs, après la cessation de l'influence des nerfs trophiques, ont perdu leur fertilité capillaire. Selon l'auteur, les expériences doivent précisément leur réussite à cette circonstance.

Toutefois il est encore une circonstance qui, dans les expériences

assura le succès; l'auteur fit les sections nerveuses dans un point où on sait, par Gaskell, qu'aucuns nerfs vasculaires ne peuvent altérer la netteté de l'expérimentation. Gaskell, appuyé sur des études anatomiques et histologiques comparatives, a démontré qu'il ne sortait pas de nerfs vasculaires avec les racines des nerfs cervicaux supérieurs, mais qu'ils s'anastomosaient seulement sur le trajet périphérique des nerfs cervicaux. Mais tous les anciens observateurs ont placé leurs expérimentations, qui devaient démontrer l'existence d'une chute trophique des cheveux, sur le trajet périphérique des nerfs, tandis que Joseph a supprimé autant que possible le trajet central des nerfs. Il lui paraît facile d'admettre qu'il existe entre les nerfs trophiques et les nerfs vasculaires un antagonisme qui entrave, jusqu'à un certain point, les troubles trophiques par sur-compensation. Mais, dans les expériences ci-dessus, il n'y avait pas de nerfs vasculaires et, partant de là, pas d'antagonisme; par conséquent, ici, les troubles trophiques se présentaient sous une forme pure et positive.

La chute trophique des cheveux est toujours caractérisée par des plaques à contours réguliers, l'auteur insiste sur ce point; contrairement à Buchner, il affirme que, chez l'homme aussi, la zone d'une aire n'est pas toujours en cercle. Eschricht, en effet, a établi certaines règles pour la disposition des cheveux de la tête, fondées sur ses recherches sur les embryons humains. Il figure la direction des cheveux sous la forme d'un courant, dont le point de départ serait les parties vers lesquelles les poils tournent leurs racines, de là rayonnent différents courants, de sorte que, comme il y a sur le cuir chevelu un certain nombre de ces points de départ avec des courants convergents qui s'y dirigent, la disposition des cheveux de la tête n'est pas régulière.

En second lieu, l'expérimentation physiologique peut expliquer la progression de l'aire dans la sphère de nouveaux nerfs de la peau.

Un chat, opéré comme il a été dit, présentait, outre la chute symétrique des poils dans la sphère du deuxième nerf cervical sectionné, de chaque côté encore, une plaque chauve complètement symétrique dans la région du nerf frontal du premier rameau du trijumeau.

Or, on sait par les expériences de Bechterew et Rosenbach, qui coupaient chez des chiens la masse totale des racines partant du renflement lombaire de la moelle, qu'il se produisait consécutivement une dégénérescence dans la substance grise de la moelle, laquelle envahissait les cellules nerveuses des cornes antérieures et postérieures. Ces phénomènes de dégénérescence se prolongeaient même en montant le long de toute la colonne de la substance grise. Il faut, quoi qu'il en soit, considérer cette dégénérescence ascendante des cellules comme un processus progressant par contiguïté.

Un processus de dégénérescence de cette nature a, chez le chat en question, atteint la racine ascendante du trijumeau, vers laquelle tendent, en partant de la moelle cervicale la plus élevée, des faisceaux importants de la racine pour s'anastomoser au nerf trijumeau qui en sort.

Anatomiquement, on distingue, comme on sait, dans les nerfs spinaux, des fibres des cornes postérieures qui se terminent probablement dans les points d'entrée, et des fibres des cordons postérieurs qui s'élèvent sur un grand parcours dans les cordons postérieurs dans la moelle; ce sont donc, pour les racines sensibles des nerfs spinaux, des racines descendantes. D'une manière tout à fait semblable, la partie sensible du trijumeau se termine plus bas dans la moelle cervicale, par conséquent la racine ascendante du trijumeau a ici la même importance morphologique que la racine descendante des nerfs spinaux.

Ainsi donc l'expérimentation physiologique montre la voie par laquelle la chute trophique des poils peut passer d'un détroit nerveux à un autre. L'auteur insiste encore sur ce fait, que précisément la racine ascendante du trijumeau sur l'importance physiologique de laquelle on ne sait, jusqu'à présent, rien de précis, doit être en tout cas considérée comme une voie trophique de transmission.

Nachtigal a récemment donné des explications intéressantes sur l'état de la sensibilité électro-cutanée dans l'alopécie en aires. Il a trouvé, en examinant la sensibilité des parties atteintes de chute des poils, une amélioration et une augmentation de la sensibilité, principalement par l'emploi du courant faradique, tandis que l'examen des limites du toucher et la sensibilité galvanique ne donnait rien d'anormal.

Le fait suivant, rapporté par Michelson, a également une grande importance :

Un horloger, de 40 ans, chez lequel la localisation des plaques chauves présentait une symétrie bilatérale très frappante, faisait à Michelson après avoir déjà subi un long traitement, tout à fait spontanément le récit suivant, le 20 août 1883 : avant le début de la chute des cheveux, il avait, pendant trois mois, couché assis sur un sofa, et souvent, presque chaque jour, il avait été réveillé par une sensation d'engourdissement (d'insensibilité, de fourmillements) sur la région temporale adossée au sofa; après une friction, la sensation normale revenait.

En outre, on a observé en France plusieurs cas dans lesquels, chez des hémiplégiques atteints d'une maladie infectieuse aigüe, par exemple, de la scarlatine ou de la rougeole, l'exanthème n'envahissait pas les parties paralysées.

A ce point de vue, l'observation suivante de Wagner est intéressante : Une malade, atteinte d'alopécie en aires, fut prise accidentellement de rou-

geole, et on constata que les parties chauves de la tête furent épargnées par l'exanthème.

Sur un autre point, encore peu étudié jusqu'à présent, de l'étiologie de l'alopécie en aires, Kopp a démontré que, dans beaucoup de cas, des traumatismes antérieurs ont une importance considérable.

C'est à la clinique à fournir la preuve anatomo-pathologique que l'alopécie en aires est sous la dépendance de modifications nerveuses. Si, par hasard, on arrive un jour à faire l'autopsie d'un de ces malades, il se peut qu'on trouve une névrite périphérique ou une maladie de la partie centrale des nerfs; dans ce cas, il ne faudra pas attacher une trop grande importance au ganglion spinal, car, dans les expériences de Joseph, un fragment de la racine antérieure, que les nerfs trophiques auraient pu traverser, a été extirpé, mais on trouvera sûrement une affection nerveuse comme base anatomo-pathologique de l'alopécie en aires.

A. DOYON.

II. — *Cas I.* — E. B..., 49 ans, jamais de maladie, sauf la scarlatine. Parents vivants et bien portants. Réglée à 16 ans, il y a deux ans interruption menstruelle de quatre mois sans cause appréciable. Immédiatement après leur réapparition, la maladie actuelle a commencé sous la forme d'une plaque chauve, ronde, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, située sur le sommet de la tête, au centre d'une chevelure blonde abondante; au bout de quelques semaines, cette plaque avait l'étendue d'une pièce d'un franc.

Deux mois après l'apparition de la première plaque, il survint, simultanément sur l'occiput et dans la région temporo-frontale de chaque côté, des plaques chauves symétriques de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, ni croûtes, ni squames sur ces diverses plaques. Six mois plus tard, les tonsures avaient presque envahi tout le cuir chevelu; les sourcils et les cils tombèrent aussi en partie; peu de temps après, il en fut de même des poils de l'aisselle et du pubis. Jamais de maladie de ce genre dans la famille.

Comme traitement, deux fois par jour, frictions avec la pommade de véraltrine (1 sur 15), et lavage à fond avec l'esprit de savon de potasse de Hebra. Au bout de quinze jours, on apercevait un duvet lanugineux blanc.

Cas II. — M. V..., 23 ans. Elle n'a jamais été malade, menstruation régulière. Elle attribue sa maladie à ce qu'elle a porté sur la tête des corbeilles pesantes. Rien dans la famille.

Il y a dix ans, elle a eu la même affection, c'est-à-dire une plaque chauve sur le milieu de la tête. Cette plaque a disparu sans traitement spécial au bout d'un an.

Une première récurrence il y a trois ans, deux tonsures symétriques sur les deux côtés du front, puis, bientôt après, alopécie complète, mais non persistante; les cheveux repoussèrent avec leur coloration normale.

En mars de cette année, le processus revient pour la troisième fois; deux plaques de trois centimètres, l'une sur la région frontale antérieure, l'autre sur le tiers supérieur de l'occiput.

Même traitement que dans le premier cas, et, au bout de trois semaines, cheveux lanugineux ayant de trois à cinq centimètres de longueur.

Cas III. — C. R..., 19 ans. Chez ce malade, l'affection a débuté brusquement

il y a six semaines par une plaque de la dimension d'une pièce de cinquante centimes; actuellement, au-dessus de l'oreille droite, une plaque chauve de quatre centimètres de longueur sur deux de largeur; les cheveux environnants se détachaient facilement à la pince. Rien de particulier à noter dans sa santé ni dans celle de sa famille.

Le traitement, le même que dans les deux cas précédents, donna des résultats encore plus satisfaisants, puisqu'au bout de six semaines les cheveux avaient repoussé aussi forts, aussi colorés et aussi foncés que sur le reste de la tête. Ce malade était en outre atteint d'une séborrhée sèche assez prononcée.

Cas IV. — W. D..., 21 ans. Ce malade a toujours été bien portant. A l'âge de dix ans, le processus a débuté et s'est successivement développé sur la moitié gauche de l'occiput. Rien dans la famille. A son entrée à la clinique, il existe sur la partie gauche de l'occiput une plaque chauve, irrégulière, de cinq centimètres de largeur sur trois de longueur, quelques poils follets blancs. Au milieu du sommet de la tête, une autre plaque de la dimension d'une pièce de cinq francs en argent.

Cas V. — Il s'agit d'un professeur qui, peu de temps avant le début de sa maladie, avait commis des excès de travail intellectuel.

Cas VI. — Rien de particulier à noter.

L'auteur a fait des recherches microscopiques dans les cas ci-dessus. Dans le premier, il a examiné quelques poils lanugineux du pubis et du cuir chevelu. Toutes les précautions antiseptiques furent prises et les colorations faites d'après les méthodes les plus récentes.

Sur les cheveux et les poils des cas d'alopécie en aires, l'auteur n'a eu de résultat négatif que sur des poils pubiens pris chez la malade qui fait le sujet de l'observation I. Dans toutes les autres préparations, soit chez cette malade, soit chez tous les autres, il a trouvé les cocci de Sehlen en nombre variable dans chaque cas. Ce n'est pas chez les malades I et II qui étaient atteintes d'alopécie totale, qu'il a trouvé le plus de cocci, mais bien chez le malade du cas III, chez lequel il n'existait qu'une seule tonsure et qui, après un traitement de plusieurs semaines, avait complètement disparu.

Ces cocci ressemblaient exactement comme grandeur et comme groupement à ceux décrits par de Sehlen.

Il faut toutefois faire remarquer qu'il a trouvé les premiers cocci typiques sur des cheveux épilés sur sa propre tête et qui furent examinés avec les mêmes précautions que ceux des malades atteints d'alopécie en aires. D'autre part, les cocci étaient dans la même proportion sur les cheveux sains de l'auteur que sur ceux pris chez les malades.

Il constata aussi d'une manière très nette, la présence de nombreux cocci dans une moustache bien fournie.

Chez le malade de l'observation III, l'épilation des cheveux situés loin des aires, mais sur une séborrhée intense, était assez douloureuse et il fallait employer une certaine force pour enlever les cheveux avec les

gaines de la racine. Dans tous, on trouva les cocci, même dans les préparations qu'il avait soumises à une simple coloration, et pour lesquelles il n'avait pas eu recours à la fuchsine. Il importe toutefois de faire remarquer que les cocci n'étaient pas aussi distincts.

Mais, outre cet examen microscopique, on essaya la culture des cocci, qui donna des résultats aussi satisfaisants que possible.

On fit six cultures sur de l'agar-agar dont la stérilité avait été éprouvée pendant trois jours dans l'appareil d'Arsonval chauffé à la température du corps.

On prépara deux verres avec le matériel des aires et des poils sains du même sujet; le cinquième verre, l'auteur l'inocula avec ses propres cheveux et dans le dernier il y introduisit des poils de la barbe dans lesquels l'examen microscopique avait révélé la présence des cocci. Au bout de trente-six heures, il s'était développé partout des colonies blanches et vingt-quatre heures plus tard les taches jaune orange de de Sehlen. Le résultat fut complètement négatif avec les poils de la barbe qui présentaient seulement à la surface du liquide de culture des champignons en voie de prolifération. L'examen microscopique y montra les bacilles bien connus de l'épiderme.

Une fois, on a inoculé comme contrôle sur de l'agar-agar des poils d'un sujet atteint de sycosis sans obtenir des champignons caractéristiques.

Avec les deux colonies de cocci, on a fait des inoculations ultérieures sur du liquide d'hydrocèle, mais sans résultat.

Par contre, on a réussi à inoculer pour la deuxième fois des colonies caractéristiques sur de l'agar-agar, où les colonies étaient presque plus belles que par inoculation directe.

On fit aussi des inoculations sur les animaux, en voici le résultat : Ces inoculations furent pratiquées sur quatre cobayes blancs avec toutes les précautions nécessaires, mais elles restèrent sans résultat. D'après ce qui précède, on est autorisé à croire que le coccus décrit par de Sehlen ne joue aucun rôle dans l'alopecie en aires. Les partisans de l'hypothèse microparasitaire citent à tort à l'appui de leur opinion le résultat favorable, dans le traitement de l'alopecie en aires, des parasitocides. Le cas III, ci-dessus, qui guérit si rapidement avec la pommade à la véraltrine, est moins important que celui de la malade dont la première récurrence disparut sans traitement.

Il faut donc renoncer à l'étiologie infectieuse de l'alopecie en aires en présence des dernières publications de Joseph, qui est parvenu à déterminer la chute des poils chez des chats auxquels il avait enlevé le ganglion spinal du deuxième nerf cervical, chute des poils qui présente la plus grande analogie avec l'alopecie en aires de l'homme que l'on doit considérer comme étant de nature trophonerveuse.

A. DOYON.

III. — La plupart des auteurs considèrent l'herpès comme très rare dans la fièvre typhoïde; quelques-uns vont même jusqu'à dire que sa présence exclut toujours la pensée de la fièvre typhoïde. M. Spillmann rapporte six observations dans lesquelles, malgré l'apparition de l'herpès au début de la maladie, les symptômes furent absolument ceux de la dothiènérité; trois de ces observations ont été recueillies dans un même service parmi une vingtaine de fièvres typhoïdes. Aussi l'auteur conclut-il que l'herpès fébrile peut survenir au début ou dans le cours de la fièvre typhoïde et qu'on ne doit pas regarder *à priori* comme ne devant pas prendre les caractères de la fièvre typhoïde une maladie fébrile au début de laquelle apparaissent les vésicules d'un herpès fébrile.

GEORGES THIBERGE.

IV. — « Le zona, dit M. Leudet, peut être aigu, transitoire, sans gravité apparente, laissant après lui des douleurs de plus ou moins de durée, et disparaissant sans laisser de traces. D'autres fois, l'éruption herpétique du zona a une durée plus longue, elle persiste pendant des mois; les ulcérations qui succèdent aux vésicules sont plus profondes, ou bien, après une cicatrisation assez rapide, on voit la cicatrice s'ulcérer de nouveau, et ce processus se répéter plusieurs fois; quelquefois tout se borne à des récidives d'ulcération; d'autres fois le travail ulcéreux s'accompagne de rougeur, de gonflement, d'un pseudo-phlegmon névritique. Enfin, l'ulcération du zona se cicatrise et donne lieu quelquefois à des chéloïdes; c'est là une forme vraiment chronique du zona.

« Une deuxième forme chronique est celle que je nommerai *zona récidivant sur place*.

« Une troisième forme serait le zona par extension successive sur plusieurs branches du même nerf, ou sur des nerfs contigus.

« Enfin, la quatrième forme porterait le nom de zona à distance, et dans ce cas l'éruption herpétique s'étendrait d'un nerf sur un autre éloigné, ou bien serait secondaire à une lésion d'un filet nerveux, sans relation anatomique apparente avec celui où le zona se manifesterait. »

L'auteur rapporte plusieurs observations de ces différentes formes de zona chronique qu'il a vu persister trois et même six mois. Dans une de ces observations, qui ne rentre pas absolument dans le cadre du zona chronique, mais qui est, par elle-même, des plus intéressantes, un zona frontal apparut chez un sujet tuberculeux qui succomba neuf mois plus tard; l'examen histologique, fait par Cerné, montra des lésions du ganglion de Gasser et des altérations des filets nerveux.

GEORGES THIBERGE.

V. — L'auteur range sous le nom d'urticaire géante les faits qui ont été

décrits sous le nom de nodosités rhumatismales éphémères, d'œdèmes passagers des arthritiques, et dont les caractères sont aujourd'hui bien connus grâce à la description restée classique de M. Féréol. M. Rapin a vu des plaques semblables se produire chez des sujets ayant été atteints à plusieurs reprises d'urticaire, et, se basant sur la rapidité de l'évolution et de la disparition de ces plaques, sur leurs récurrences fréquentes pendant un temps souvent très long, il n'hésite pas à les rapporter à l'urticaire : l'absence de démangeaisons n'est pas, d'après lui, une raison suffisante pour les distraire de cette dermatose, car elle peut évoluer avec un prurit très faible ou même nul ; en outre, ces plaques sont peu dépressibles et gardent mal l'impression du doigt, mais l'absence d'impression du doigt n'a pas une valeur absolue dans le diagnostic de l'urticaire.

Les plaques de l'urticaire géante peuvent acquérir des dimensions considérables. M. Rapin signale, dans ses observations, des plaques occupant toute la surface de la main et même remontant sur l'avant-bras et le bras jusqu'à l'épaule.

L'éruption peut se borner à une ou deux plaques seulement ; elle affecte parfois certaines localisations spéciales, les mains, le front, le cou et, surtout à la main, elle semble se produire sous l'influence du froid extérieur.

Au cuir chevelu, l'urticaire peut former des bosses dures, semblables aux nodosités rhumatismales persistantes avec lesquelles elles peuvent être confondues : la production ou la non-production de la douleur à la pression, la durée plus ou moins longue des phénomènes permettent, à défaut d'autres signes, de différencier ces deux affections l'une de l'autre.

Dans plusieurs de ses observations d'urticaire géante, l'auteur a constaté des phénomènes indiquant l'existence d'une éruption ortiée sur la muqueuse digestive. L'urticaire interne est, ainsi que le fait remarquer M. Rapin, moins rare qu'on ne le croit généralement, mais elle est souvent méconnue, les symptômes qui la caractérisent attirent insuffisamment l'attention et, mal interprétés, sont mis sur le compte de la fièvre et de l'impressionnabilité du sujet. Cette urticaire interne peut se produire dans les diverses parties du tube digestif, depuis la bouche jusqu'à l'intestin, caractérisée au niveau de la bouche et du pharynx par le gonflement de la muqueuse, au niveau de l'œsophage par de la douleur, au niveau de l'estomac et de l'intestin par des éructations, des vomissements, de la diarrhée et des coliques.

D'après l'auteur, la localisation de l'urticaire sur le canal alimentaire suffit à expliquer l'anxiété et la dyspnée, qui sont dues aux douleurs occupant l'œsophage souvent dans toute sa longueur ; tous les malades

observés par M. Rapin qui avaient de la dyspnée se plaignaient en même temps d'un gonflement intérieur très pénible dont ils rapportaient le siège au pharynx, à l'œsophage et à l'estomac.

L'opinion soutenue par M. Rapin nous semble fort exacte pour un grand nombre de cas; mais nous ne pouvons souscrire à ces phrases qu'il écrit ensuite : « La supposition de l'urticaire des bronches ne nous paraît pas soutenable, même au point de vue théorique. En se fixant sur la muqueuse pulmonaire, l'urticaire exposerait le malade au danger d'asphyxie; sa propagation à la glotte causerait la mort à coup sûr. Or, le pronostic de l'urticaire interne ne comporte pas cette gravité. » Pour notre part, nous ne voyons pas pourquoi la muqueuse respiratoire ne serait pas, aussi bien que la muqueuse digestive, le siège d'éruptions d'urticaire. Il est fort possible que certaines bronchites ou congestions pulmonaires fugaces à forme pseudo-asthmatique ne soient que des poussées d'urticaire broncho-pulmonaire. Quant à l'urticaire du larynx, elle existe parfaitement, et, entre autres exemples que nous pourrions citer, Hillairet et Gaucher parlent d'un malade arthritique et dyspeptique, qui présenta à plusieurs reprises les accidents asphyxiques de l'œdème de la glotte. On ne peut donc nier l'existence de l'urticaire des voies respiratoires pour cette seule raison qu'elle serait très grave, tandis que nous sommes habitués à considérer l'urticaire comme une maladie qui ne peut nullement compromettre l'existence.

GEORGES THIBERGE.

VI.—L'observation de M. Binet a trait à une femme de 45 ans, chez laquelle la ménopause s'était établie depuis quelques mois, pendant lesquels elle avait été sujette à la diarrhée et avait éprouvé, à plusieurs reprises, des douleurs rhumatismales dans les genoux. Cette femme fut prise brusquement d'œdèmes mobiles, occupant tantôt les membres principalement à leurs extrémités, tantôt la face, au niveau des paupières, des joues ou du menton, durant quelques heures ou un jour au plus et accompagnés d'arthralgies légères et d'éruptions de purpura : ces éruptions de purpura occupaient les membres inférieurs, les poignets et la face et survenaient à quelques jours d'intervalle. En même temps, il se produisait presque quotidiennement, dans la soirée, une crise gastro-intestinale très douloureuse avec vomissements et diarrhée qui devint rapidement hémorragique. Peu à peu, l'état général s'aggrava, des hémorragies se produisirent par d'autres voies et la malade succomba dix-huit jours après le début des accidents, sans avoir eu d'élévation notable de la température.

À l'autopsie, on trouva un piqueté hémorragique et des arborisations vasculaires de la muqueuse de l'estomac; l'intestin grêle présentait une couleur d'un noir violacé; sa muqueuse était parsemée de suffusions ecchymotiques et d'érosions desquamatives à contours irréguliers. Dans le gros intestin, il y avait un piqueté hémorragique et des arborisations vasculaires sans érosions. La rate était petite, molle et violacée; les reins et le foie étaient absolument sains tant à l'œil nu qu'au microscope.

M. Binet, discutant la nature de ce fait, le rattache au purpura rhumatoïde dont il présente les caractères si spéciaux, les œdèmes, les crises gastro-intestinales. Il pense que, pour ce cas, comme pour un grand nombre de cas de purpura rhumatoïde, on peut admettre un élément infectieux, l'âge critique de la malade et ses tendances arthritiques créant peut-être un terrain favorable au développement de l'affection.

GEORGES THIBIERGE.

VII.—L'auteur rapporte sept observations inédites de vitiligo, la plupart dues à son maître, le professeur Leloir; quatre d'entre elles ont trait à des cas de vitiligo survenus dans le cours d'affections du système nerveux (méningite tuberculeuse, ataxie, hystérie) ou à la suite de troubles de ce système (émotion violente).

Il conclut de ces observations et d'autres observations publiées par divers auteurs que le vitiligo peut mettre sur la voie d'une lésion centrale ou périphérique du système nerveux qui, sans lui, passerait inaperçue.

GEORGES THIBIERGE.

VIII.—L'auteur vante, contre la furonculose, l'emploi à l'intérieur de l'iodure ferreux qui, d'après lui, favorise la résolution des furoncles, amène plus vite la suppuration tout en la diminuant, et empêche la formation de nouveaux furoncles soit dans le voisinage, soit dans toute autre partie du corps ou fait rapidement avorter ceux qui viennent encore à se produire. « Ce médicament, dit-il, agit peu sur un furoncle isolé, il n'est *vraiment héroïque* que dans l'état général de l'économie, appelé improprement diathèse furonculaire. » L'iodure ferreux agit trop promptement pour qu'on puisse attribuer ses effets à sa seule action reconstituante. Il agirait plutôt comme un antimicrobien; l'iode, en s'éliminant par les glandes sébacées, tuerait le micrococcus du furoncle.

Quelque satisfaisants que soient les résultats obtenus par l'auteur, nous croyons qu'il est plus avantageux et plus sûr de s'opposer à la reproduction des furoncles en empêchant par l'application d'un emplâtre la dissémination des microcoques pathogènes que de chercher, par une médication interne, à les faire périr, ou à atténuer leurs effets lorsqu'ils ont déjà pu pénétrer dans les couches cutanées. GEORGES THIBIERGE.

IX.—L'auteur a obtenu la guérison sans cicatrices apparentes de nævi vasculaires plats ou saillants au moyen de la *monopuncture positive* qui agit en réalisant l'électrolyse. Il recommande de se servir d'un courant assez faible, tel que celui fourni par seize éléments de la pile portative de Gaiffe, pour ne pas produire la cautérisation rapide des tissus et la formation d'eschares qui donnent toujours lieu à des cicatrices; l'ai-

guille de platine ou d'or doit toujours être implantée par transfixion, parallèlement à la surface du *nœvus* ; on ne doit laisser que 6 à 8 millimètres entre l'entrée et la sortie de l'aiguille, car le résultat est nul si on veut agir sur une plus grande étendue du réseau vasculaire en une seule piqûre. L'aiguille doit être retirée aussitôt que la zone blanche qui se produit autour des piqûres à 3 ou 4 millimètres de diamètre ; si elle est enlevée plus tôt, la piqûre saigne ; plus tard, elle laisse une cicatrice acnéiforme indélébile.

GEORGES THIBIERGE.

X.—M. Colrat a vu un malade qui, traité par la magnésie à l'intérieur par un médecin homœopathe, fut complètement guéri de ses verrues. Il a traité un certain nombre d'enfants par des doses de 10 à 15 centigrammes deux fois par jour, les uns ont été guéris, d'autres ont résisté quelques mois et d'autres encore ont été absolument réfractaires. Il signale plusieurs cas de grosses verrues à large base et non polypiformes qui sont tombées à la suite du traitement par la magnésie. Les succès sont donc manifestes, et le traitement particulièrement inoffensif.

À la suite de la communication de M. Colrat, M. Aubert cite l'observation d'une femme qui avait la figure couverte de verrues, et à laquelle il ordonna la magnésie à la dose de 6 grammes ; après une recrudescence, les verrues tombèrent au bout d'un mois et demi. M. Roux cite un fait de verrues très larges et très nombreuses guéries en quinze jours par la magnésie à la dose de 50 centigrammes par jour.

GEORGES THIBIERGE.

XI. — L'auteur a entrepris ce travail sur les conseils et sous l'inspiration de son maître, le professeur Leloir. Avec ce dernier, il considère dans le *lupus* compliqué d'épithélioma deux ordres de cas suivant que le carcinome débute sur la cicatrice soit spontanée, soit thérapeutique d'un *lupus*, ou que le néoplasme apparaît au milieu du tissu lueux.

Le premier groupe est le plus nombreux et, comme les cicatrices du *lupus* sont quelquefois peu étendues, on peut se demander si la cicatrice n'a pas passé inaperçue dans les cas où on admet l'apparition d'un épithélioma au milieu du tissu lueux, d'autant plus que l'épithélioma ne se développe jamais sur un *lupus* jeune et que dans les vieux *lupus* il y a toujours des cicatrices.

L'épithélioma présente une ulcération tantôt profondément fendillée, papillomateuse, rouge vif, saignant facilement, avec des croûtes brun jaune ou verdâtre, des bords calleux et indurés, tantôt rouge brun, inégale, mamelonnée, finement granulée, dure au toucher, recouverte d'une croûte mince et sèche. L'ulcération peut détruire tout le tissu cancéreux et se recouvrir de bourgeons charnus qui donnent naissance à une cica-

trice; d'autres fois, elle s'étend en surface et en profondeur et peut ronger les muscles, les os et les cartilages.

L'épithélioma donne souvent lieu à des douleurs lancinantes; il s'accompagne d'engorgements ganglionnaires qui quelquefois produisent des ulcères d'aspect cancéreux. L'extension du néoplasme se fait par l'apparition de nouveaux nodules à la périphérie et de prolongements occupant les couches profondes du chorion et perceptibles seulement au toucher.

Cette description s'applique à l'épithélioma développé sur une cicatrice du lupus; les observations dans lesquelles l'épithélioma ne s'est pas développé sur une cicatrice sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse en développer les caractères cliniques.

Le pronostic de la lésion est variable; des cancers aplatis peuvent durer 10 et 15 ans sans produire de lésions graves ni d'altérations sérieuses de l'état général. Le cancer en champignon est plus grave par suite du siège plus profond de la lésion.

Le diagnostic ne peut être embarrassant qu'au début et est bientôt assuré par la marche ultérieure.

L'épithélioma se développe surtout dans les cas de lupus où il y a tendance à l'augmentation de l'épiderme, avec augmentation des prolongements du corps muqueux et aspect papillomateux; ces variétés pourraient être confondues histologiquement avec l'épithélioma, mais les prolongements sont moins profonds, moins ramifiés que dans l'épithélioma et on peut dire que dans l'épithélioma la tumeur est en dedans de la peau, tandis que dans les lupus végétants et scléreux la tumeur est surtout en dehors. D'autres fois, l'épithélioma se développe aux dépens des glandes de la peau.

L'épithélioma peut se présenter sous la forme lobulée ou sous la forme tubulée; la gravité de la forme tubulée tient à ce qu'elle n'est nulle part englobée dans le tissu fibreux, mais est limitée par le derme infiltré ou par les cellules embryonnaires qui forment le tissu lueux.

Le traitement doit consister dans le raclage fait aussi complètement que possible de la lésion épithéliomateuse et suivi de l'application d'une pâte caustique; si la tumeur est trop considérable, profonde, indurée, il faut sans hésiter pratiquer l'ablation totale sans craindre d'empiéter sur les tissus ambiants.

Cette intéressante monographie, la seule qui existe sur cette complication du lupus, renferme deux observations inédites recueillies dans le service de M. Leloir et deux planches chromolithographiées représentent l'aspect extérieur des lésions et leur structure histologique.

GEORGES THIBERGE.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE.

I. — RAPPORT SUR LE MÉMOIRE ADRESSÉ EN RÉPONSE A LA QUESTION SUIVANTE :

Préciser par une série d'observations s'il existe un traitement abortif de la syphilis confirmée (Prix HERPIN. — Académie de médecine, 9 novembre 1886. — M. CORNIL, rapporteur).

II. — UEBER DIE RESORPTION DES QUECKSILBERS BEI VERABREICHUNG DES CALOMEL

IN LAXIRENDER DOSIS (DE L'ABSORPTION DU MERCURE A LA SUITE DE L'ADMINISTRATION DU CALOMEL A DOSES LAXATIVES), par A. WOLFF et J. NEGA. (Tirage à part de la *Deutschen medic. Wochenschrift*, 1885, n° 49.

III. — UNTERSUCHUNGEN UBER DIE ZWECKMASSIGSTE METHODE ZUM NACHWEIS

MINIMALER MENGEN VON QUECKSILBER IM HARN (RECHERCHES SUR LA MEILLEURE METHODE POUR RECONNAITRE DE FAIBLES QUANTITÉS DE MERCURE DANS L'URINE), par A. WOLFF et J. NEGA. (Tirage à part de la *Deutsch. medic. Wochenschrift*, 1886, nos 15 et 16.)

IV. — UEBER DIE SUBCUTANE ANWENDUNG DES CALOMEL BEI DER SYPHILISBEHAND-

LUNG (DE L'EMPLOI SOUS-CUTANÉ DU CALOMEL DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS), par les D^{rs} C. KOPP et M. CHOTZEN. (*Vierteljahresschrift f. Dermatologie und Syphilis*, 1886, n° 4.)

V. — TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

CALOMEL, par BALZER (*Société de biologie*, 20 novembre 1886.)

VI. — TRAITEMENT DE LA SYPHILIS TERTIAIRE, par M. le D^r MAURIAC

(*Semaine médicale*, n° 33, 18 août 1886).

VII. — TRAITEMENT DES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A LA SYPHILIS (SYPHILIS TER-

TIAIRE) QUI AFFECTENT LE NEZ, LA BOUCHE ET LA GORGE, par le D^r D. H. GOODWILLIE (*New York medical Journal*, 26 juin 1886).

I. — La question posée par l'Académie n'était autre que la grande question des résultats de la destruction du chancre induré, qui avait paru tranchée après les résultats obtenus par M. Ricord, et qui a été remise à l'ordre du jour par le mémoire d'Unna et Auspitz. L'auteur du mémoire a réuni 454 cas, donnant en résumé 105 succès, et 339 insuccès ; mais, dans les cas portés comme succès, le diagnostic de chancre induré n'a pas été fait ou était impossible, ou bien les malades n'ont pas été suivis pendant un temps suffisamment long ; la critique du plus grand nombre de ces observations, faite par l'auteur du mémoire, montre que les unes ne doivent être acceptées qu'avec la plus grande réserve, et que les autres ne résistent pas à la critique. Aussi la tentative de la cure radicale de la syphilis par l'excision du chancre doit-elle être proscrite comme

absolument inutile et comme pouvant même devenir dangereuse si elle empêchait de donner à temps le traitement mercuriel. Le savant rapporteur de l'Académie déclare que, par la valeur de la critique et par le nombre des observations analysées, ce mémoire juge la question posée.

GEORGES THIBERGE.

II. — Le mercure passe-t-il dans l'urine après l'administration du calomel à doses laxatives, et pendant combien de temps l'y retrouve-t-on ? Pour résoudre ces questions, les auteurs ont examiné l'urine de 8 malades auxquels on avait fait prendre du calomel. Pour les trois premiers, l'examen de l'urine se fit au moyen de la méthode de Fürbringer. Dans un cas, pas de mercure ; dans les autres, on constata la présence du mercure le premier jour après l'administration du calomel.

Pour les autres cas, les auteurs obtinrent constamment un résultat positif. Dans l'un des cas, on donna encore de l'huile de ricin, et malgré cela le mercure fut retrouvé, pendant treize jours, en quantité décroissante.

Dans 4 autres cas, on retrouva encore du mercure le cinquième, sixième, septième et neuvième jour après l'administration du calomel. D'où les auteurs concluent que de grandes quantités de mercure ont été absorbées.

Sur 48 examens, 6 faits par la méthode de Fürbringer ne donnèrent que 2 résultats positifs. Les 42 autres, dans lesquels on employa le procédé de Fürbringer modifié par Lehmann, donnèrent tous un résultat positif. Les résultats négatifs des premiers cas doivent donc être attribués à l'insuffisance de la méthode, sur laquelle on ne peut pas compter pour des quantités inférieures à 0^{sr},001 de calomel pour 1,000 grammes d'urine.

Il résulte de là que le calomel à dose laxative n'agit pas, comme on l'a cru jusqu'ici, comme un simple purgatif, mais que le mercure est absorbé, fait dont il faut tenir compte quand on donne le calomel à forte ou petite dose.

Partant de là, les auteurs se demandent si l'on ne pourrait pas employer le calomel pour obtenir, non plus une action laxative, mais l'action mercurielle, par exemple, pour faire absorber longtemps à un malade de petites doses de mercure. Ce mode d'administration serait certainement beaucoup plus agréable que l'emploi sous-cutané du calomel.

A. DOYON.

III. — Les auteurs ayant reconnu que la méthode de Ludwig-Fürbringer ne suffisait pas dans tous les cas, ont été amenés à la contrôler de nouveau, ainsi que ses diverses modifications.

A l'aide du procédé Ludwig-Fürbringer, on reconnaît toujours la présence du mercure dans l'urine à laquelle on a ajouté 1 milligramme de sublimé par litre. Au-dessous de cette quantité, la méthode est insuffisante. Mais, comme, en ajoutant 1 litre d'eau à 1 litre d'urine, on obtient une sensibilité plus grande, les auteurs en concluent que ce sont les éléments organiques de l'urine qui empêchent la précipitation du mercure. Pour éliminer l'influence de ces substances organiques, on a proposé deux modifications : l'une, de Schridde, qui consiste à précipiter le mercure par l'acide sulfhydrique et à rechercher le mercure dans le précipité ; l'autre, de Lehmann, dans laquelle on détruit les substances organiques au moyen du chlore.

Modification Schridde du procédé Ludwig-Fürbringer. — On fait passer un courant d'hydrogène sulfuré dans l'urine. Le précipité est dissous avec le filtre dans l'eau régale, l'acide azotique évaporé, le résidu repris par l'eau, et la lamelle introduite dans la solution faiblement acidulée.

A l'aide de cette méthode, les auteurs ont retrouvé le mercure dans l'urine à laquelle on avait ajouté 1/10 de milligramme de sublimé. Cependant la précipitation du mercure n'est pas complète ; on en retrouve dans la liqueur filtrée, d'où les auteurs concluent qu'une partie du mercure s'unit aux substances organiques de l'urine en une combinaison d'où il n'est pas précipité par l'acide sulfhydrique.

En somme, le procédé de Schridde est facile à appliquer et permet de reconnaître nettement 1/40 de milligramme de HgCl_2 dans 1 litre d'urine. Après destruction des substances organiques, on retrouve toujours du mercure dans la liqueur filtrée ; si l'urine est trouble, on retrouve au moins autant de mercure dans la liqueur filtrée que dans le précipité. Enfin l'évaporation de l'eau régale est un inconvénient de la méthode, car si elle est poussée trop loin, elle fait perdre du mercure, et si elle est insuffisante, la lamelle se dissout dans l'acide restant. En évaporant à siccité, on ne retrouve plus que des traces de mercure.

Modification Lehmann du procédé Ludwig-Fürbringer. — Les substances organiques de l'urine sont détruites par le chlorate de potasse et l'acide chlorhydrique, et après avoir chassé le chlore par évaporation, on introduit la lamelle.

A l'aide de cette méthode, les auteurs ont retrouvé le mercure dans l'urine additionnée de 1/50 de milligramme de sublimé par litre, dans toutes les liqueurs filtrées de la méthode précédente, enfin dans l'urine de malades auxquels on avait fait des injections de glycooll mercuriel ou des frictions, ou auxquels on avait donné du mercure à dose laxative.

Le procédé est facile à appliquer et d'une très grande sensibilité. Un

inconvenient est qu'il est difficile de chasser tout le chlore, et alors la lamelle est dissoute. Pour chasser le chlore, il faut évaporer au bain-marie pendant deux à trois heures; c'est la meilleure méthode. Pour éviter cet inconvenient, les auteurs remplacent la lamelle par une lame étroite d'une mince feuille de cuivre.

Comme l'évaporation du chlore demande beaucoup de temps, les auteurs ont eu l'idée de précipiter le mercure par l'ammoniaque. Le précipité est dissous dans l'acide chlorhydrique, et on peut introduire immédiatement la lamelle. Ils ont reconnu de cette façon la présence du mercure dans l'urine additionnée de 1/10 de milligramme de sublimé, et dans l'urine de malades ayant pris du calomel. La liqueur filtrée renferme aussi du mercure.

Mais le procédé de Lehmann, malgré sa grande sensibilité, ne peut servir pour l'analyse quantitative. Au bout de vingt-quatre heures, tout le mercure n'est pas amalgamé, et il en reste dans la liqueur. Les auteurs ont alors essayé de combiner le procédé de Lehmann et celui de Schridde.

A un litre d'urine en putréfaction, ils ajoutent un milligramme de sublimé, détruisent la substance organique par le chlorate de potasse et l'acide chlorhydrique, et ajoutent de l'acide sulfhydrique en plusieurs fois. Après un long repos, précipité surmonté d'un liquide clair. Le précipité est traité par le procédé Schridde. La liqueur filtrée ne renferme plus de mercure. Même résultat dans d'autres expériences. Ce procédé assure donc la précipitation complète du mercure, et il permet de reconnaître toujours nettement le mercure dans l'urine contenant par litre 1/50 de milligramme de sublimé.

Cette méthode convient particulièrement pour l'examen des matières fécales. Les auteurs ont trouvé ainsi de grandes quantités de mercure dans les selles de deux malades, dont l'une avait été traitée par des injections de glycocoll mercuriel, l'autre par des frictions. Voici leur mode de procéder :

Les matières fécales sont traitées par l'acide chlorhydrique et le chlorate de potasse, et chauffées au bain-marie jusqu'à ce que le liquide devienne jaune clair et limpide. Presque tout se dissout; il ne reste qu'un faible résidu. On filtre et on chauffe encore plusieurs heures au bain-marie pour chasser le chlore autant que possible. On fait passer de l'acide sulfhydrique, on laisse reposer, puis on ajoute de l'acide sulfhydrique. Le précipité et le filtre sont dissous dans l'eau régale; on évapore jusqu'à consistance de bouillie, puis on additionne d'eau et on filtre. Dans la liqueur filtrée, claire, on introduit des lames de cuivre.

Au lieu d'acide sulfhydrique, on peut aussi précipiter le mercure par

l'ammoniaque. On va plus vite, mais la précipitation du mercure n'est pas complète.

En somme, le procédé le plus exact pour reconnaître de faibles proportions de mercure dans l'urine est, d'après Wolff et Nega, le suivant :

L'urine, après addition de chlorate de potasse (à peu près 5 grammes par litre) et d'acide chlorhydrique, est chauffée au bain-marie jusqu'à ce qu'elle soit parfaitement limpide et incolore. Puis, pour chasser le chlore, on chauffe encore deux à trois heures au bain-marie jusqu'à réduction au $\frac{1}{3}$ ou $\frac{1}{2}$ du volume primitif. On fait passer de l'acide sulfhydrique pendant deux à trois heures, et on laisse reposer vingt-quatre heures. On filtre le précipité, puis on traite avec le filtre par l'eau régale. On évapore jusqu'à consistance pâteuse, on reprend par l'eau et on étend à environ 300 centimètres cubes.

Dans cette solution, on introduit 2 à 3 lames minces de cuivre, préalablement portées au rouge dans un courant d'hydrogène de 5 millimètres de largeur et de 8 à 10 centimètres de longueur ; on chauffe le liquide à 80° et on laisse le dépôt se former. Les lames de cuivre sont ensuite lavées avec une lessive de potasse et de l'alcool absolu et frottées entre deux feuilles de papier à filtrer jusqu'à ce que celui-ci reste net. Puis on les sèche à 70 ou 80° , on les replie et on les introduit dans des tubes de verre dont l'une des extrémités est effilée en tube capillaire, et dont l'autre est fermée à la lampe, après introduction de la lame de cuivre. La partie large du tube, qui contient la lame de cuivre, est chauffée sur toute son étendue, et le mercure vient se condenser dans la portion capillaire froide. Celle-ci est détachée à la lampe et placée, la pointe effilée en bas, dans l'orifice du couvercle d'un vase où se trouve de l'iode cristallisé. Au bout de quelques heures, on voit se former les anneaux rouges caractéristiques de l'iodure de mercure. A. DOYON.

IV. — Tous les auteurs qui se sont occupés des injections de calomel en ont proclamé les effets curatifs, mais malgré cette unanimité, ce mode de traitement ne s'est pas encore généralisée. Ceci tient peut-être à ce que, à part Smirnorff, presque tous ont constaté l'apparition relativement fréquente d'abcès, quand même ces abcès n'avaient pas pour tous une très grande importance. Il s'agissait donc de rechercher si l'on ne pouvait pas, par des modifications dans la technique ou par l'emploi d'un autre véhicule, éviter ces inconvénients des injections de calomel.

Tous les observateurs ont employé comme véhicule la glycérine, choisie primitivement par Scarenzio, 1 sur 10. Mais cet auteur emploie aujourd'hui de préférence une solution de gomme :

Chlorure d'hydrarg.	10 gr.
Poudre de gomme arabique très pure	5 »
Eau distillée.....	100 »

pour injection.

Comme la glycérine, et spécialement la glycérine pure, ne se comporte pas d'une manière indifférente avec les tissus animaux, ce qui tient essentiellement à sa propriété hygroscopique, on s'est servi tantôt de la formule indiquée plus tard par Scarenzio, tantôt de calomel en suspension dans de l'eau additionnée de chlorure de sodium. Cette addition avait pour but de rendre la transformation du calomel en sublimé plus rapide et de hâter ainsi la résorption. Pour le même motif, les malades devaient manger autant que possible des aliments salés. A une série de malades, on administra chaque jour, sous forme de poudre, 5 à 10 grammes de chlorure de sodium; mais on était souvent obligé de suspendre cette prescription en raison de la diarrhée. Après l'injection, on masse légèrement la région fessière. Au début, on faisait une injection contenant de 0^{gr},05-0^{gr},06 de calomel, tous les trois ou quatre jours. Plus tard, on trouva plus avantageux de commencer le traitement avec deux injections à 0^{gr},1, et après un intervalle de quinze jours de faire deux nouvelles injections comme le conseille Smirnof.

Relativement aux expériences qui ont été faites avec des solutions contenant du calomel en suspension, il faut faire remarquer qu'il est impossible de déterminer, même approximativement, les proportions introduites réellement par l'injection, puisque, après avoir agité vigoureusement la préparation et avoir aspiré par la seringue le plus rapidement possible le liquide, des quantités considérables de calomel sont perdues en raison de sa grande pesanteur spécifique. Si nous disons « dose de l'injection 0^{gr},05 ou 0^{gr},1 », cela indique seulement que nous avons employé un liquide dans lequel le calomel est en suspension dans la préparation de 0^{gr},5 à 1 gramme pour 10 grammes. Quant à la quantité de calomel injecté, nous avons calculé qu'il y a à peu près dans chaque injection un cinquième à un quart de calomel que l'on doit considérer comme perdu. Lorsque le calomel est employé en suspension dans la glycérine ou dans un mucilage de gomme, la perte est moindre, mais il faut cependant en tenir compte. D'autre part, on ne doit pas oublier que avec l'emploi prolongé d'un liquide tenant en suspension du calomel préparé en grande quantité, il y a une augmentation constante de la densité, de telle sorte qu'il ne saurait être question d'une estimation exacte des quantités de calomel employées; il est donc impossible d'avoir un dosage exact pour les injections de calomel. Ceci explique également les chiffres si variables que nous avons dû indiquer pour des formes de syphilis tout à fait semblables. Pour ce motif, on a, pendant

un certain temps, donné la préférence au calomel en suspension dans le mucilage de gomme, dans lequel ce médicament reste pendant plus longtemps également réparti, après qu'on a agité modérément la bouteille.

L'hypothèse de Scarenzio, que le calomel, déposé par l'injection dans le tissu sous-cutané, se transforme sous l'influence des chlorures en sublimé, paraît très plausible, et concorde avec les opinions de Voit et d'autres auteurs sur le mode de résorption du mercure dans le traitement par les frictions.

Kopp et Chotzen ont commencé leurs recherches au milieu de l'année 1884 et les ont continuées jusqu'à ces derniers temps. Le nombre total des malades traités par les injections de calomel s'élève à 263, dont 101 hommes et 162 femmes.

Ils ont fait à ces 263 malades en tout 1,523 injections. Au point de vue clinique :

- 11 cas ont été traités avant l'apparition des phénomènes secondaires;
- 213 cas se rapportent à des malades atteints d'accidents secondaires;
- 39 de syphilis tertiaire.

Ils employèrent une dose de 0^{gr},025 par injection et se servirent de la formule suivante :

Calomel à la vapeur.....	{	aa
Chlorure de sodium.....	}	0 gr 4
Mucilage de gomme arabique.....		0 2
Eau distillée.....		14 "

On faisait à chaque malade tous les jours une injection, en tout 15, d'abord dans la région fessière, puis dans le dos. Les auteurs avaient choisi cette faible dose pour éviter les abcès qui survenaient avec les injections à 0^{gr},4 de calomel et que l'on croyait devoir attribuer à ces doses élevées. En réalité, ils n'ont enregistré, sur 429 injections faites ainsi, que onze fois des abcès (c'est-à-dire 2, 5 0/0). Chez bon nombre de malades qui, pour des motifs divers, ne venaient pas à la polyclinique, les auteurs firent des injections avec une dose plus forte, 0^{gr},06 de calomel par dose, d'après la formule ci-après :

Calomel à la vapeur.....	3 gr.
Chlorure de sodium.....	3 "
Mucilage de gomme arabique.....	2 "
Eau distillée.....	50 "

Sur 326 injections de cette nature, il survint 13 fois des abcès (3,9 0/0). Ce nombre était tellement faible qu'ils portèrent la dose par injection à 0^{gr},1, et, au lieu de sept injections, il n'en faisaient que quatre, soit 0^{gr},4 de calomel en tout.

Ils prescrivirent par conséquent :

Calomel à la vapeur.....	aa
Chlorure de sodium.....	5 gr »
Mucilage de gomme arabique.....	2, 5
Eau distillée.....	50 »

Au bout de quelque temps, ces auteurs supprimèrent le mucilage de gomme, parce qu'ils croyaient devoir rapporter l'état douloureux, dont se plaignaient les malades, à l'impureté du mélange. Il faut avoir soin de remplir rapidement la seringue; on diminue la proportion de chlorure de sodium, parce qu'il reste dans le mélange des traces suffisantes de sublimé, pour empêcher le développement des bactéries dans le liquide de l'injection. C'est aussi la cause des douleurs. Elles peuvent également tenir en partie à la quantité plus considérable de sublimé qui se forme plus rapidement. Il est essentiel d'employer toujours du calomel à la vapeur, car le calomel ordinaire forme dans le liquide de petites granulations qui peuvent obstruer la seringue.

Voici la formule :

Calomel à la vapeur.....	5 gr »
Chlorure de sodium.....	1, 25
Eau distillée.....	50 »

On fait à chaque malade quatre injections. Ces quatre injections en général en deux séances, à un intervalle de huit à quinze jours; suivant l'indication donnée par Smirnoff, on fait un pli à la peau à 3 centimètres en arrière du trochanter, et on pousse l'injection directement dans la profondeur, dans le tissu conjonctif sous-cutané. Sur 768 injections à 0^{gr},1, on observa 48 abcès (6, 2 0/0).

Chez trois individus, toutes les injections donnèrent lieu à des abcès; il semble vraiment que quelques malades ont une certaine tendance à réagir par une violente inflammation contre les injections, on n'y peut y trouver d'autres raisons qu'un pannicule adipeux d'une abondance extrêmement variable. Tout en y comprenant ces trois cas défavorables, la statistique donne un nombre relativement faible de 6,2 0/0 d'abcès. Smirnoff avait enregistré dans sa première série d'expériences 25 0/0 d'abcès, Lundberg 10 0/0, Watraszewski, Moberg, Ross 1 à 1 1/2 0/0. Dans des expériences ultérieures, avec une technique perfectionnée, Smirnoff, n'a observé que 4 0/0 d'abcès, dans ces derniers temps il croit pouvoir affirmer que cet accident est devenu extrêmement rare.

Il faut certainement attribuer en partie à une technique défectueuse les abcès consécutifs aux injections. Elles exigent de l'habitude et une grande attention : il faut, en ménageant autant que possible le tissu graisseux du pli cutané, enfoncer la canule jusque dans le tissu sous-cutané,

pour que le liquide arrive seulement dans ce district, et il ne faut retirer la seringue, et lâcher la peau, que lorsque tout le contenu de la seringue a pénétré dans la couche de tissu conjonctif. La suppuration du canal de la piqûre, souvent observée par Smirnoff, tient à ce qu'en retirant la canule une partie du liquide tombe dans le tissu graisseux ou dans le derme.

Mais d'autre part l'état général des malades contribue aussi à la formation des abcès. Selon quelques auteurs le massage augmente la réaction inflammatoire. Le liquide injecté agit comme un corps étranger et provoque, chez les sujets dont le tissu conjonctif sous-cutané est à mailles tendues et serrées, une inflammation intense, plus aiguë que chez ceux à tissu conjonctif sous-cutané lâche. Il ne faut pas exagérer l'action irritante de la poudre de calomel, car dans la plupart des cas cette irritation est très modérée, très souvent même tout à fait nulle. Ce sont peut-être les dépôts de sublimé dont la formation lente n'est pas toujours identique, qui augmentent l'inflammation. On ne trouve jamais dans le pus des grumeaux, des granulations et des agglomérations de calomel. L'action thérapeutique du calomel s'exerce alors même qu'il y a eu production d'abcès.

On arrive, en effet, dans la plupart des cas, par l'application de compresses imbibées d'eau froide et le repos, à faire résorber les infiltrats, même s'il y a déjà de la fluctuation; si l'on n'a pas ouvert l'abcès trop tôt, on ne trouve pas dans le pus des traces de mercure, tout au plus des traces minimales. Finger a insisté sur ce point au congrès de Strasbourg, les recherches récentes de Nega l'ont démontré d'une manière positive.

Il faut exclure aussi l'infection par des germes de bactéries introduits accidentellement. On ne trouve de microorganismes ni dans les coupes de l'infiltrat ni dans des cultures.

Le contenu de ces abcès était couleur chocolat, ténu, analogue à du sang veineux, non putride; il ne contenait pas de lambeaux de tissus, mais par contre de nombreux corpuscules de pus. La cavité de l'abcès était souvent très profonde, les parois unies; la guérison rapide. Pas de fièvre. L'expression d'abcès, selon la remarque de Neisser, ne convient qu'à demi à ces lésions. Il ne s'agit pas d'une suppuration dans le sens étroit du mot; microscopiquement on y trouve des corpuscules de pus, mais il n'y a jamais de microorganismes, ainsi que l'a constaté Neisser dans de nombreuses expériences de cultures. D'après ce même auteur, l'injection (par le sublimé qu'elle renferme) détermine peut-être une nécrose partielle, et tout autour il se produit une réaction inflammatoire. Quelques jours après l'injection, quand même il n'existe aucune infiltration, même si la peau n'est pas colorée, il y a souvent une élévation de température de la partie atteinte. Des compresses humides

suffisent à faire cesser la légère sensibilité du point malade et à prévenir les abcès.

Presque toutes les injections provoquent une légère tuméfaction au point injecté; vers la fin de la deuxième semaine, elle ne représente souvent qu'une nodosité non douloureuse de la grosseur d'un noyau de cerise, ou bien elle a tout à fait disparu. Dans la plupart des cas, même le second jour après l'injection, on ne constatait pas le moindre infiltrat, et on ne reconnaissait plus le point injecté.

Sur les 1,523 injections, 381 furent faites à la policlinique, donc sur des ambulants, 1,142 à la clinique, chez des malades à demeure.

Sur les 381 injections, 22, c'est à dire 5,70/0 donnèrent lieu à des abcès; sur les 1,142 il y eut 50 abcès, 4,30/0; la différence est peu marquée, pas assez pour qu'il y ait lieu de recommander aux malades de cesser leurs occupations et de garder la chambre.

Les femmes sont plus prédisposées aux abcès que les hommes.

Sur les 263 malades, le nombre des hommes est à celui des femmes, comme 1 à 1,5. Les 72 abcès observés par les auteurs se répartissent sur 11 hommes avec 12 abcès et sur 43 femmes avec 60 abcès, 1 sur 3,9. La cause de cette différence tient en partie à l'abondance du coussinet graisseux, chez la femme; l'injection y pénètre plus facilement que dans le tissu sous-cutané.

La sensibilité chez les différents sujets est trop variable pour que l'on puisse établir des comparaisons d'après les dires des malades.

Sur 263 malades, 32 se plaignirent de violentes douleurs, provoquées surtout par le contact et la pression; les douleurs cessèrent en général au bout de peu de jours.

L'administration simultanée de l'iodure de potassium n'influa pas notablement sur la marche des injections. Chez 39 malades (21 hommes, 18 femmes), qui reçurent en tout 200 injections, il survint 12 abcès; parmi eux se trouvait une malade chez laquelle les quatre injections suppurèrent.

On observa 15 fois de la stomatite chez ces 263 malades. Sauf dans un cas, elle fut constamment de bonne nature. Cette malade, qui dans la troisième semaine après son départ (on lui avait fait sept injections à 0^{gr},05) revint à la clinique, présentait les symptômes les plus accusés d'une stomatocace mercurielle. La face était tuméfiée au point de la rendre méconnaissable, la langue pendait hors de la bouche par suite de sa tuméfaction, quelques points étaient le siège de gangrène; salivation abondante et difficulté très grande à prendre une alimentation, même liquide. Notons que cette malade, par suite d'un séjour en prison, avait été dans l'impossibilité de prendre soin de sa bouche.

Sur 16 malades atteints de stomatite, 6 seulement se trouvaient

dans la clinique. Chez les 10 autres, la stomatite ne survint qu'après leur sortie. Comme on renvoie les malades immédiatement après la dernière injection, il est impossible de les surveiller, autrement on pourrait empêcher presque complètement la stomatite.

On a dit théoriquement que, avec les injections de calomel, on avait l'inconvénient de ne pas pouvoir interrompre le traitement mercuriel s'il survenait une stomatite accidentelle, car les dépôts de calomel une fois formés donnent lieu à une production incessante de sublimé; cette objection n'est pas fondée, ainsi qu'en témoignent les faits cliniques et les recherches de Landsberg sur l'élimination du mercure à la suite des injections de calomel.

Comme pour les abcès, la stomatite est aussi plus fréquente chez la femme. Sur les 16 cas de stomatite, on compte 3 hommes et 13 femmes.

Le résultat thérapeutique ne se fait jamais attendre avec les injections de calomel. Voici par exemple ce qu'on observe dans la syphilide papuleuse; dès la fin de la première semaine de traitement, après les deux premières injections, elle s'efface d'une manière sensible, souvent elle disparaît entièrement, et ce n'est que pour rester fidèles au principe d'introduire 0^{gr},4 de calomel que les auteurs ont pratiqué les deux autres injections.

Le succès fut tout à fait éclatant dans plusieurs cas d'iritis spécifique qui coexiste souvent avec la syphilide papuleuse. Dans un seul cas, il fut nécessaire, après 6 injections à 0^{gr},1, qui n'avaient pas fait disparaître des papules des organes génitaux, de prescrire encore des frictions avec l'onguent gris.

Chez les 263 malades, des récidives se produisirent dans 38 cas. Le plus souvent, elles se traduisaient par des plaques muqueuses; cependant on constata aussi plusieurs exanthèmes maculo-papuleux. Il y eut 16 récidives chez des malades dont les injections avaient déterminé des abcès. Pas de récidives chez les sujets atteints de syphilis tertiaire. En ce qui concerne l'action des injections sur les récidives, voici ce que les auteurs ont observé: sur les 263 malades, on comptait 110 filles publiques, soumises chaque semaine à la visite d'un médecin.

Sur ces 110 malades, il y eut 18 cas de récidive; 57 de ces filles avaient, avant le traitement par les injections, fait d'autres cures anti-syphilitiques et les 53 autres n'avaient été traitées que par les injections de calomel. Sur ces 53 malades, 13 eurent des récidives, donc environ 26 0/0; ce chiffre concorde tout à fait avec celui donné par Smirnoff.

Avant l'apparition des phénomènes secondaires, 11 malades furent traités par les injections de calomel; 3 de ces malades, après la terminaison de leur cure, n'ont plus été retrouvés, les autres 8 n'ont pas été épargnés par la syphilis secondaire. Mais le nombre de ces cas est trop

faible pour pouvoir apprécier si les injections influent sur l'intensité des accidents secondaires ; on est encore moins fixé sur l'influence des injections pratiquées, dès qu'on a reconnu la sclérose initiale, pour empêcher les phénomènes secondaires.

Quant à la constatation du mercure dans l'urine après les injections de calomel, voici le résultat des recherches faites à l'institut clinique par Landsberg :

Déjà seize à vingt-quatre heures après une injection de 0^{gr},2 de calomel, on retrouve le mercure dans l'urine. La quantité augmente ensuite les jours suivants et atteint du troisième au cinquième jour son maximum ; elle reste ainsi pendant plusieurs semaines avec de légères oscillations et variations individuelles. Plus tard, les quanta deviennent plus faibles, les oscillations plus grandes, jusqu'à ce qu'enfin on ne constate plus d'une manière constante la présence du mercure. Si l'on ne se borne pas à une seule injection, si on les renouvelle, les injections ultérieures n'occasionnent pas de modification dans l'élimination, mais elles la prolongent. Donc la quantité et la constance de l'élimination ne dépendent pas du nombre des injections, mais ce qui en dépend directement sont la quantité du dépôt et le temps nécessaire à son élimination graduelle. Chez une malade à laquelle on avait fait deux fois quatre injections à 1 centigramme de calomel, à un intervalle de trois mois, on retrouvait encore au bout de dix mois du mercure dans l'urine.

Les injections atteignent donc complètement leur but de maintenir le corps pendant longtemps sous l'influence du mercure. Landsberg a en outre démontré que deux injections à 1 décigramme faites ultérieurement prolongent la durée du séjour du mercure dans l'organisme, sans augmenter la quantité de son élimination ; il faut par conséquent regarder comme réfutée l'objection théorique que les injections de calomel amènent plus facilement une stomatite grave que les autres méthodes de traitement.

En résumé, on peut recommander l'emploi des injections de calomel comme ayant la même valeur que les frictions mercurielles, il représente toutefois un traitement plus agréable, plus sûr et meilleur marché.

TABLEAU SYNOPTIQUE.

UNE DOSE unique de CALOMEL.	NOMBRE des MALADES.	NOMBRE des INJECTIONS.	NOMBRE des ABCÈS.	NOMBRE des RÉCIDIVES.	STOMATITE.	DOULEURS VIOLENTES.
0,025	40 { 12 H. 28 F.	420	11 { 3 H. 6 F. = 2,5 0/0	3 { 2 H. 4 F.	1 H.	4 F.
0,06	66 { 18 H. 48 F.	326	13 { 4 H. 11 F. = 3,9 0/0	5 { 1 H. 40 F.	5 F.	13 { 4 H. 12 F.
0,1	157 { 72 H. 85 F.	768	48 { 7 H. 26 F. = 6,2 0/0	10 { 7 H. 17 F.	40 { 2 H. 8 F.	15 { 6 H. 9 F.
	263 { 102 H. 161 F.	1523	72 = 4 0/0 des injections.	38 { 10 H. 28 F.	16 { 3 H. 13 F.	32 { 7 H. 25 F.

A. DOYON.

V. — M. Balzer a essayé dans son service de l'hôpital de Lourcine les injections sous-cutanées de calomel vantées par Scarenzio et Smirnoff dans le traitement de la syphilis. Quoique encore incomplets, les premiers résultats obtenus sont encourageants. Pour éviter les abcès souvent observés à la suite des injections faites avec la solution de calomel dans l'eau et la glycérine, M. Balzer recommande comme dissolvant l'huile de vaseline d'après la formule suivante :

Calomel 50 centigrammes.
Huile de vaseline..... 40 grammes.

Les injections donnent naissance à une inflammation vive au niveau de la piqûre, mais sans suppuration. La première injection est faite avec 2 centigrammes 1/2 de calomel; la seconde, huit jours après, avec 5 centigrammes. Deux heures après l'injection, on trouve des traces de calomel dans l'urine.

VI.— Dans cette leçon clinique faite à l'hôpital du Midi, M. Mauriac étudie l'action préventive et l'action curative des deux grands spécifiques de la vérole, le mercure et l'iodure de potassium; il réfute ensuite les idées de l'école des abstentionnistes qui croient que l'administration des spécifiques est non seulement inutile mais encore nuisible. D'après eux, en effet, en interrompant brusquement dans leur processus les

premières manifestations de la syphilis, en cherchant à les juguler, on rend les manifestations viscérales plus fréquentes et plus graves.

En syphilis, il est plus difficile de prévenir que de guérir.

Les spécifiques, en effet, combattent et font disparaître les accidents actuels en voie d'évolution ; leur action curative est puissante. Quant à leur action préventive, quant à savoir s'ils sont susceptibles d'empêcher les accidents possibles dans un avenir plus ou moins éloigné, l'ensemble des faits fournit à première vue un argument péremptoire contre l'action préventive absolue. On voit, en effet, survenir les accidents les plus graves en plein traitement alors que l'on faisait tout ce qu'il était thérapeutiquement possible de faire pour les prévenir ; tandis que, d'autre part, on voit la syphilis rester bénigne et s'arrêter court chez des individus insoucients qui n'ont pas absorbé un centigramme de mercure ou un gramme d'iodure. Voilà ce que M. Mauriac professait autrefois. Le temps et l'expérience n'ont point modifié ses idées à cet égard. Il résume, comme dans ses leçons antérieures, sa manière de voir de la façon suivante :

1° La syphilis possède deux spécifiques, le mercure et l'iodure de potassium ;

2° Chacun d'eux est doué d'une *action curative* puissante qui ne fait que bien rarement défaut dans l'ordre des manifestations que chacun d'eux est plus spécialement appelé à combattre ;

3° Leur *action préventive* est très inférieure à leur action curative, si tant est qu'elle existe, ce qui est probable, mais difficile à démontrer d'une façon positive. Toujours est-il qu'elle est fort *incomplète*, puisque les poussées successives de la maladie s'effectuent à peu près fatalement de la même façon chez ceux qui sont traités ou chez ceux qui ne le sont pas ;

4° Il ne faut donc pas diriger systématiquement la médication spécifique contre la diathèse, en dehors de ses manifestations, car, sans cela, on serait condamné à traiter les syphilitiques pendant toute la durée de leur existence. On doit attaquer les accidents par l'un ou par l'autre spécifique ou par les deux, suivant leur durée, suivant ce qu'exigent leur intensité, leur généralisation, leur nature, leur date et leurs localisations ;

5° Dans l'intervalle des poussées, quand l'organisme est revenu à son état normal et qu'il n'existe plus aucun vestige de l'attaque qui vient de finir, ni aucun prodrome, si minime qu'il soit, de l'attaque future, il est indiqué de suspendre, jusqu'à nouvel ordre, la médication spécifique ;

6° En un mot, la source des indications se trouve, non pas dans l'idée forcément hypothétique qu'on se fait de la diathèse à l'état virtuel, mais bien dans les effets matériels de cette diathèse dès qu'elle commence à

passer du repos à l'action. Quand elle est absolument à l'état de latence, c'est le moment qu'il faut choisir pour ne pas troubler l'organisme par une médication qui s'émousse et qui attaque vainement une chose invisible et insaisissable.

Après avoir rappelé ces conclusions, M. Mauriac recherche quelles sont les indications du mercure et de l'iodure de potassium et leur opportunité aux diverses phases de la syphilis.

L'iodure de potassium est le spécifique par excellence du tertiariisme ; sa grande efficacité curative ne s'est pas démentie depuis sa découverte (1832). Chose rare, en thérapeutique, à sa période de grandeur n'a point succédé cette période de décadence ; il n'y a pas eu contre lui ces mouvements de réaction violente, de haine féroce et superstitieuse comme pour le mercure. On croit pourtant que l'action de celui-ci est plus profonde, plus durable que celle de l'iodure, qu'elle attaque la diathèse. Quoiqu'il en soit, il ne doit pas être limité exclusivement aux accidents secondaires ; M. Mauriac le donne dans le traitement de presque toutes les viscéropathies spécifiques, soit conjointement avec l'iodure, soit en alternant avec lui quand il y a urgence de recourir aux doses massives de ces deux spécifiques.

L'iodure doit être administré dans tous les cas où il y a, soit comme forme et processus dans la lésion, soit comme date de son apparition, quelque apparence de tertiariisme. M. Mauriac le donne largement dans l'accident primitif lui-même chaque fois que sa sclérose est volumineuse et ressemble à une gomme, ou chaque fois qu'il devient ulcéreux et à plus forte raison phagédénique. Il doit être administré aussi dans les troubles constitutionnels de la phase secondaire, dans la cachexie initiale, dans les syphilides secondaires attardées, etc.

Comme doses, l'iodure ne possède la plénitude de son efficacité thérapeutique, surtout dans le tertiariisme, qu'à doses élevées : jamais moins d'un gramme d'iodure et, dans les circonstances graves dès le début, 4 à 5 grammes pour aller progressivement jusqu'à 6 ou 8 grammes.

Après avoir établi ces règles, M. Mauriac expose et réfute les arguments des abstentionnistes. Pour cette école, les spécifiques donnés dès le début prédisposent les malades aux accidents plus ou moins éloignés du tertiariisme ; leur administration est non seulement inutile mais nuisible. Elle est inutile, car la spontanéité curative de l'organisme suffit pour faire disparaître les manifestations de la syphilis. M. Mauriac fait remarquer que cette spontanéité, manifeste dans les premières déterminations superficielles de la diathèse, décroît peu à peu, puis arrive un moment où elle est à peu près nulle. Dans le tertiariisme, il ne faut pas compter sur cette spontanéité curative ; l'organisme n'offre point de résistance contre les accidents tertiaires.

L'administration des spécifiques peut-elle provoquer des dangers, prédisposer au tertiarisme? Pour le démontrer, on a comparé les fièvres éruptives aux premières manifestations erythémateuses de la syphilis. Oserait-on contre la variole, la scarlatine, etc., employer, si on le possédait, un spécifique semblable au mercure et à l'iodure dans la syphilis? Ne craindrait-on pas, dans ce cas, en faisant avorter l'éruption, d'exposer le malade à des dangers prochains ou éloignés? L'analogie entre les fièvres éruptives et la syphilis, légitime sur certains points, n'est pas rigoureusement exacte : une fièvre virulente est une intoxication accidentelle qui n'a point de tendance à devenir permanente; pour la syphilis, d'ailleurs, la réaction fébrile est bien insignifiante comparée aux récidives des syphilodermies. Aussi, en attaquant celle-ci, en les guérissant ou les prévenant, on améliore la situation générale bien loin de l'aggraver.

Quant au nombre plus considérable aujourd'hui des viscéropathies, il est certain que cette fréquence tient surtout à ce qu'on sait mieux les découvrir. Le balancement morbide entre les déterminations cutanées et les déterminations viscérales de la syphilis est loin d'être aussi bien établie que dans les pyrexies exanthématiques ou même que dans les accidents propres à la dartre et surtout au rhumatisme et à la goutte. La syphilis, comme la scrofule, sont plus fixes, moins mobiles que les autres maladies constitutionnelles dans leurs déterminations.

Contre le tertiarisme viscéral, aussi bien que cutané ou affectant quelque autre forme, il faut recourir à l'iodure seul ou combiné à l'hydrargyre. Les résultats sont très souvent merveilleux; il faut pourtant que le terrain ne soit pas trop épuisé. En pareil cas, au lieu de gorger à saturation les malades d'iodure et de mercure, il faut relever leurs forces et rendre l'organisation apte à se laisser impressionner par l'intervention spécifique. Et puis, il ne faut pas demander à ces agents plus qu'ils ne peuvent donner : ils ont la propriété d'arrêter les processus syphilitiques, à la condition que ceux-ci soient à leur période d'invasion ou même en pleine activité. Ils guérissent ce qui est atteint mais ne créent pas ce qui est détruit.

L. PERRIN.

VII.—L'auteur commence par déclarer qu'il ne peut accepter l'expression de syphilis tertiaire. Dès que la syphilis n'est plus transmissible, les accidents qui surviennent et qui se relient à cette affection ne sont plus, à proprement dire, des accidents syphilitiques, mais des conséquences de la syphilis (*sequelæ*).

Il fait ensuite le procès du mercure et de l'iodure de potassium; il reconnaît que ces médicaments ont leur utilité; mais il croit que presque toujours on les administre à trop hautes doses et trop longtemps; que

l'on arrive ainsi à des résultats désastreux, et que plusieurs des accidents consécutifs (*sequelæ*) à la syphilis ne sont pas tant les effets du virus syphilitique que le résultat de l'emploi excessif et peu judicieux des remèdes antisypilitiques.

Après avoir donné une description des accidents consécutifs à la syphilis que l'on peut observer au larynx, au nez et à la bouche, il en aborde le traitement.

D'après lui, il faut traiter les lésions locales et la dépression des forces et ne pas s'adresser au virus syphilitique. Il faut proscrire les liqueurs et l'alcool, recommander une tempérance absolue, des mesures hygiéniques sévères, relever l'état général par des toniques et une alimentation régulière et d'excellente qualité. Le lait doit être la base même du régime.

Parmi les toniques, les meilleurs sont, d'après lui, les carbonates et les malates de fer, les hypophosphites, la strychnine, la quinine, la gentiane. On ne doit administrer de médicament altérant que si l'on a d'excellentes raisons de penser qu'il est indispensable, après que l'on a supprimé toutes les lésions locales qui peuvent porter obstacle à la guérison.

Il faut surveiller avec le plus grand soin le foie et les reins, car ces organes ont de la tendance à mal fonctionner, après avoir été stimulés comme ils l'ont été par le sang vicié (*blood-poison*) pendant toute la période d'activité de la syphilis.

Aussi est-il bon d'administrer pendant longtemps, à petites doses, du calomel ou tout autre cholagogue, et de faire des lotions matin et soir sur tout le corps avec de l'eau salée pour exciter les fonctions cutanées.

Comme traitement local, l'auteur conseille pour les ulcérations superficielles des caustiques anodins ; il touche les ulcérations plus profondes avec le crayon de nitrate d'argent ou avec le galvano-cautère ; quand on cautérise, il faut apporter le plus grand soin à ne pas détruire des tissus sains ou des granulations de bonne nature, à ne pas dénuder sans nécessité des cartilages ou des os, etc... Il faut éviter toute cause d'irritations locales des plaies ; le topique, le meilleur, est l'iodoforme pulvérisé que l'on porte dans les cavités au moyen d'un insufflateur. Aussitôt qu'on s'aperçoit d'une nécrose osseuse, on doit, à tout prix, enlever le plus tôt possible le séquestre ; car il constitue un corps étranger nuisible pour les tissus voisins.

Il faut tâcher, en faisant l'ablation, de ménager le plus possible le périoste, afin d'assurer la rénovation osseuse et d'empêcher toute difformité de se produire. L'auteur a inventé à cet effet plusieurs instruments dont il donne la description et la figure. Il entre ensuite dans des détails opératoires assez minutieux et qui intéressent surtout les chirurgiens. Le mé-

moire se termine par plusieurs observations intéressantes d'affections syphilitiques du larynx, du nez et de la bouche; on y voit que l'auteur a enlevé avec succès des os nécrosés du nez et de la voûte palatine, et qu'il a pu même parfois, en ménageant le périoste, obtenir des restaurations osseuses.

Nous ne discuterons pas la partie chirurgicale de ce mémoire; elle nous semble d'ailleurs avoir une réelle valeur. Quant à ce qui a trait à la médication interne, il y a évidemment grand avantage à suivre les préceptes de l'auteur au point de vue de l'hygiène et des soins qu'on doit prendre pour relever l'état général; mais n'y a-t-il pas de l'exagération à être si réservé pour l'administration des médicaments dits antisypilitiques?

L. B.

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Société d'imprimerie PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 50.1.87.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRES.

I

SYPHILIS TERTIAIRE DERMO-HYPODERMIQUE DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES,

Par **Charles MAURIAC**, médecin de l'hôpital du Midi.

(Suite et fin.)

II

C. Syphilome génital cutané tuberculeux. — C'est incontestablement la muqueuse et le tissu conjonctif sous-muqueux qui sont le lieu d'élection du syphilome génital. Chez l'homme, le sillon balano-préputial, le méat, le voisinage du filet constituent ses principaux foyers. Mais la peau du fourreau, des bourses et des régions périgénitales peut également être atteinte. On y observe des tuberculoses isolées ou confluentes, des plaques cutanées tertiaires, des gommès sous-cutanées, circonscrites ou diffuses. Ces lésions offrent moins d'intérêt que celle dont il a été question jusqu'ici. Néanmoins elles présentent parfois des particularités assez curieuses, ainsi que le prouvent les cas suivants :

17. Tubercule serpiginieux du fourreau de la verge.

M. C..., âgé de 28 ans, avait eu une de ces syphilis dont l'accident primitif reste ignoré ou méconnu et dont il est difficile par conséquent de déterminer l'âge. Toujours est-il qu'en 1869, à l'hôpital Saint-Louis, on lui avait dit qu'il était syphilitique, et qu'en 1875, M. Ricord lui avait fait prendre du sirop de biiodure ioduré pour de grands maux de gorge dont il n'avait été guéri qu'au bout de plusieurs mois. — Rien depuis cette époque; mais, au mois de décembre 1876, bouton sec sur le côté du fourreau. Ce bouton ne tarda pas à s'ulcérer. L'ulcération présenta cette particularité qu'elle se cicatrisait d'un côté pendant qu'elle s'agrandissait du côté opposé, de telle façon que, un mois après son début, au moment où le malade me consulta, il y avait sur le fourreau une grande bande de cicatrice d'un blanc rosé, longue de 5 ou 6 centimètres et large de 3 centimètres, jetée comme en écharpe sur la verge, vers le milieu de laquelle elle se terminait par une ulcération arrondie d'un rouge sanguinolent, crouteuse et suppurante. Elle reposait sur une base par-

cheminée et on aurait pu la prendre pour un chancre infectant, sans sa longue queue cicatricielle et serpentineuse. — Pas d'adénopathie. Isthme du gosier déchiqueté par des cicatrices, mais sans perte de substance du voile. Rien sur la peau. — Un traitement interne mixte guérit rapidement cette lésion sans le secours d'un traitement local, ce qui n'aurait pas eu lieu si la lésion eût été chancreuse. Comme coïncidence spécifique, il y avait sur le repli du fourreau trois petits tubercules érodés.

Voici un fait de syphilose tuberculeuse du prépuce qui est remarquable par l'énorme intervalle qui s'était écoulé entre l'époque de son apparition et le chancre infectant.

18. Plaque tuberculo-ulcéreuse de la peau du prépuce, survenue quarante ans après un chancre syphilitique, suivi d'accidents consécutifs très bénins, constatés et traités par M. Ricord. — Aucune manifestation spécifique dans l'intervalle.

M. X..., âgé de 60 ans, vint me consulter pour une affection de la peau du prépuce qui était apparue dix-huit mois auparavant, sans qu'il se fût exposé à une contamination quelconque. Elle avait débuté spontanément par douze petits tubercules qui s'étaient réunis en une grande plaque scléreuse et avaient fini par s'ulcérer et se couvrir de croûtes. Puis il s'était formé sur cette plaque une ou deux pustules d'ecthyma.

Le malade avait consulté beaucoup de médecins qui avaient été d'opinions différentes. Je jugeai au premier coup d'œil qu'il s'agissait d'une affection tuberculeuse du prépuce. A cette époque, la surface de la lésion était cicatrisée en partie sous forme alvéolaire, et ses bords irréguliers étaient un peu déprimés. Sur sa couleur, d'un rouge sombre, tranchaient cinq ou six croûtes stratifiées, d'un brun verdâtre, couvrant une ulcération. — Rien dans les aines. — Aucune autre manifestation syphilitique.

M. X... avait contracté un chancre infectant à l'âge de 19 ans. Il avait eu des accidents secondaires légers dont il avait été traité par M. Ricord pendant très peu de temps. Il n'avait pris aucun spécifique depuis, et sa syphilis n'avait plus donné signe de vie jusqu'à l'époque où, quarante ans après, il lui survint cette lésion tuberculeuse du prépuce.

Enfin, en voici un troisième où la plaque tuberculeuse qui ressemblait à un grand chancre cutané était accompagnée d'une adénopathie inguinale semblable à celle de l'accident primitif. C'est une circonstance tellement exceptionnelle qu'elle mérite d'être signalée.

19. Plaque tuberculo-ulcéreuse des organes génitaux, siégeant à la partie postérieure des bourses et au périnée, survenue comme manifestation solitaire à la troisième année révolue d'une syphilis à accidents secondaires superficiels.

Chancre balanique, en mars 1881, ayant laissé une petite cicatrice ; puis éruptions superficielles de la peau, plaques muqueuses, alopécie pendant deux ans.

Il y avait une année qu'il n'était apparu aucune manifestation lorsque, sans cause appréciable, quelques boutons poussèrent vers la racine des bourses, en arrière. Un mois après, il existait sur la moitié antérieure du périnée et la

racine des bourses, deux ulcérations : l'une entourée d'un bourrelet tuberculeux épais, l'autre taillée à pic et fissuraire. Elles reposaient toutes les deux sur une grande plaque indurée d'infiltration tuberculeuse. L'inoculation fut faite trois fois, sans donner aucun résultat. Un peu d'adénopathie à droite.

Ces lésions ressemblaient à certains chancres géants de la peau, tels qu'on en observe sur la face externe des cuisses et sur les bras, après les vaccinations souillées de virus syphilitique. L'adénopathie elle-même ne faisait pas défaut. La question du diagnostic ne pouvait être résolue que par les antécédents du malade. Si je n'avais pas eu la certitude que trois ans auparavant il avait eu la syphilis, j'aurais cru à un chancre cutané du périnée et des bourses. Mais il s'agissait bien là d'une syphilose tertiaire génitale, solitaire, unique et séparée par un long intervalle des dernières manifestations spécifiques. — Un traitement mixte énergique en fit promptement justice.

D. Syphilome génital phagédénique. — Dans les observations précédentes, le néoplasme génital, quels que fussent son siège, son âge et sa forme, a présenté une évolution régulière. Aussi n'a-t-il donné lieu qu'à des lésions superficielles, ou très limitées quand elles étaient profondes. Il est loin d'en être toujours ainsi. Cette affection offre au contraire, assez fréquemment, une tendance marquée à cette malignité locale qui n'est pas une conséquence nécessaire de l'état général et qui peut, à diverses reprises, se déclarer sur le même point et poursuivre son œuvre jusqu'au bout, sans qu'il coexiste ailleurs aucune lésion semblable. Cet état d'isolement, cette sorte d'autonomie qu'on observe maintes fois dans toutes les variétés de la syphilose génitale phagédénique, sont un des traits les plus frappants de sa physionomie, un de ceux qui contribuent le plus à la faire prendre, par ceux qui n'y regardent pas de près, pour un accident primitif. Je rapporte avec quelques détails le fait suivant, parce qu'il est aussi caractéristique que possible de la forme gommeuse tout à la fois nécrobiotique et phagédénique.

20. *Tumeurs gommeuses balano-préputiales, survenues, à un an d'intervalle, sur le gland, dix ans après un chancre infectant et des accidents secondaires légers.* — Aucune autre manifestation tertiaire. — Ressemblance frappante de ces gommages avec le chancre infectant. — Fistule urétrale consécutive à leur fonte.

M. L..., peintre, âgé de 38 ans, avait contracté, dix ans avant de venir me consulter, un chancre infectant suivi de roséole, d'angines spécifiques, et de quelques autres poussées d'accidents superficiels dont il fut traité par la liqueur de van Swieten, à l'hôpital du Midi. Il prit pendant dix mois du mercure sans interruption. — Depuis cette époque, il ne lui était rien survenu et il n'avait pas refait de traitement spécifique.

Vers le 20 janvier 1874, M. L... eut commerce avec une femme publique. Trois semaines après, une lésion semblable à un chancre se déclara dans le sillon balano-préputial à gauche.

Le 6 mars, je constatai que cette lésion avait tous les caractères d'un chancre infectant : base dure et comme cartilagineuse, surface érosive avec

quelques petits points de sphacèle au centre. Il existait même dans une des aines un ganglion peu volumineux mais sensible à la pression et comme spécifiquement induré. — Je ne découvris aucun accident consécutif cutané ni muqueux.

Le 13 mars, toute la partie centrale de l'induration s'était mortifiée sous forme d'un bourbillon grisâtre, encore adhérent de tous côtés à la coque cartilagineuse qui l'entourait.

Le 19 mars (3^e semaine de la lésion), la cavité centrale s'était beaucoup agrandie par suite de l'élimination des eschares. La coque qui la circonscrivait avait une consistance cartilagineuse. Outre le premier ganglion, d'autres s'étaient un peu tuméfiés et étaient devenus sensibles à la pression. — Rien sur la peau ni sur les muqueuses. — L'inoculation avait été négative.

Le 26 mars, la cavité s'était encore agrandie aux dépens du gland et des corps caverneux : induration chondroïde de ses parois, débris de sphacèle gris, sécrétion séreuse teintée de rouge ; peu ou pas de douleur. — Aucun accident consécutif. — Je prescrivis du biiodure ioduré, convaincu que j'avais affaire, non pas à un chancre infectant, mais à une gomme. — Au bout de huit jours, l'amélioration était très grande, la coque présentait moins de dureté et d'épaisseur et ses parois internes s'étaient dégorgées.

Le 30 avril (3^e mois révolu de la lésion, 36^e jour du traitement interne ioduré), la cavité se comblait à vue d'œil et la cicatrisation marchait à grands pas. Le 16 mai, elle était complète. Il y avait une perte considérable de substance, qui avait détaché le filet des tissus sous-jacents. Aucune manifestation autre que cette gomme balano-préputiale.

Pendant un an, la santé de M. L... fut parfaite ; mais après trois coïts pratiqués avec la même femme, à huit ou dix jours d'intervalle, il lui survint deux ulcérations placées symétriquement de chaque côté du filet. — Elles reposaient sur une base dure, cartilagineuse, à côté de la cicatrice gommeuse de l'année précédente. — Inoculations négatives. — Rien du côté des ganglions. — Aucune manifestation cutanée muqueuse ou autre. Au bout de quinze jours, l'une des ulcérations était guérie, mais l'autre s'était agrandie et creusée si profondément qu'elle allait presque jusqu'au canal de l'urèthre ; son fond était sphacélé et grisâtre ; elle était entourée d'une coque cartilagineuse qui était fort épaisse et s'irradiait sur toute la partie inférieure du gland. Le traitement mixte parut enrayer le processus de nécrobiose et l'empêcher d'atteindre le canal ; la cavité se rétrécit et se combla sur ses bords ; mais son fond restait un peu grisâtre. Néanmoins la guérison complète semblait prochaine, lorsqu'il se produisit une fistule d'abord imperceptible, et qui ensuite s'agrandit assez pour laisser passer à chaque miction une grande quantité d'urine.

Cette deuxième gomme ulcérée, siégeant dans la même région que la première, en avait achevé l'œuvre en perforant le canal. Sa guérison, du reste, avait marché assez rapidement et n'avait pas demandé plus de quatre ou cinq semaines. — La fistule persista pendant longtemps. Je ne sais pas si elle a fini par se boucher. J'en doute : M. L... s'en souciait peu ; elle ne lui causait aucune gêne. Sa santé générale était excellente et il n'avait aucune manifestation syphilitique ailleurs. Je ne pense pas qu'il en ait eu depuis. Je lui fis suivre pendant longtemps un traitement mixte.

Ainsi, dix ans après une syphilis à accidents secondaires légers, il survint, exclusivement sur la verge, à un an d'intervalle, deux lésions, tertiaires par leur date et par leur nature, qui simulaient de tous points l'accident primitif

et qu'on aurait pu prendre à première vue pour des chancres de réinfection. — N'est-ce pas là ce qui a été fait souvent ?

Dans le cas suivant, l'affection génitale tertiaire fut précoce, puisqu'elle survint au dix-huitième mois de la syphilis. Elle n'en eut pas moins une très grande gravité au point de vue des désordres locaux. Rien de semblable ne se produisit sur d'autres parties du corps. Ce fut un tertia-risme très localisé, dont le processus présenta deux phases : une bénigne, scléro-gommeuse ; l'autre maligne, c'est-à-dire rapidement destructive, puis phagédénique.

21. *Affection scléro-gommeuse du gland et du prépuce, survenue au dix-huitième mois d'une syphilis peu grave et bien traitée. Cette affection simula d'abord un chancre induré, puis se transforma brusquement en une ulcération envahissante ressemblant à un chancre mou phagédénique.*

M. B..., 26 ans, dessinateur, entré, le 6 mars 1883, dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 8, était grand, vigoureux, bien constitué et n'avait jamais eu aucune maladie locale des organes génitaux, sauf de petits chancres survenus au mois de mai 1881. Il me fut envoyé par M. le docteur Goguel pour une ulcération phagédénique datant de deux mois, qui avait rongé le tiers inférieur du gland, détruit le filet, le méat et une grande étendue de la muqueuse correspondante. Les ganglions inguinaux étaient intacts. L'aspect de cette lésion ressemblait trait pour trait à un chancre mou phagédénique. Aussi l'inoculation fut-elle pratiquée plusieurs fois, mais toujours sans résultat positif. — Il y avait deux ulcérations : celle du gland et du méat avait 2 centimètres carrés et s'enfonçait profondément dans le canal ; celle de la partie inférieure du prépuce avait 2 centimètres en travers sur 3 en hauteur ; elle était profonde, à pic, et reposait sur des tissus engorgés par un œdème subinflammatoire.

Les antécédents de ce malade me firent supposer qu'il s'agissait là non pas d'un chancre mou phagédénique, mais bien d'une affection tuberculo-gommeuse de la verge. Les petits chancres du sillon contractés en 1881, quoique très rapidement guéris, n'en avaient pas moins été suivis de roséole et de plaques muqueuses, accidents contre lesquels M. le docteur Goguel institua un traitement mercuriel long et énergique.

Il y avait cinq mois que le malade l'avait interrompu, quand il lui survint, sans cause appréciable, en décembre 1882 (dix-huitième mois de la syphilis), une petite érosion reposant sur une base indurée, large et profonde qui envahit successivement les deux lèvres du méat, puis la partie intérieure du gland. L'érosion se transforma peu à peu en une ulcération superficielle, large comme une pièce de 50 centimes, à fond plat, à surface irisée, à bords durs, etc., ressemblant d'une manière frappante à un chancre infectant, mais sans adénopathie. Le traitement mercuriel fut repris, et, au bout d'un mois et demi, la cicatrisation de cette lésion tuberculo-gommeuse était à peu près complète. Mais alors, vers la fin de janvier 1883, tout à coup et sans aucune raison plausible, elle se transforma en une ulcération profonde ayant l'aspect d'un chancre mou.

Le processus avait donc eu deux phases distinctes : 1° induration érosive et ulcération superficielle pseudo-chancreuse, d'un mois et demi de durée, à peu près guérie ; 2° brusque ulcération phagédénique ayant détruit en peu de

temps tout le néoplasme tuberculo-gommeux et même les parties saines cir-convoisines.

Cette transformation presque instantanée de la néoplasie en phagédénisme s'accompagna d'une douleur vive et d'une sécrétion très abondante entremêlée de détritils sphacelés.

Je prescrivis de l'iodure de potassium à haute dose, du sirop de biiodure ioduré et des pansements à l'iodoforme, qui firent disparaître rapidement la douleur. Le phagédénisme continua encore pendant quelques jours, mais bientôt les ulcérations se détergèrent et prirent un bon aspect après quinze jours de traitement. Dès lors, la guérison se fit avec une extrême rapidité et le malade sortit guéri après vingt-six jours de traitement. — Cette affection tuberculo-gommeuse avait duré en tout quatre mois. — Aucune autre manifestation syphilitique ne s'était produite ailleurs. — Santé générale excellente. Pas d'excès de coït ni de boisson. Bonnes conditions hygiéniques. — Syphilis bénigne dans ses débuts et très bien traitée. — Rien en un mot qui pût faire prévoir, ni expliquer cette grave et unique détermination scléro-gommeuse et phagédénique sur les organes génitaux.

Dans le fait que voici, la précocité a été bien plus grande que dans le précédent. Je ne crois pas qu'il existe beaucoup de cas semblables. L'affection scléro-gommeuse balano-préputiale n'en fut pas moins aussi grave que si elle était survenue 15 ou 20 ans après l'accident primitif. Je ferai remarquer qu'elle n'eut aucune connexion avec les chancres superficiels infectants qui étaient guéris et n'avaient laissé aucune trace notable, lorsqu'elle apparut.

22. *Syphilose balano-préputiale survenue deux mois et demi après l'apparition de chancres syphilitiques. — Phagédénisme décortiquant et térébrant de la lésion. — Caverne balanique avec fistule urétrale.*

M. T..., 28 ans, entré dans mon service, salle 12, lit 20, le 26 janvier 1886, avait, depuis le commencement de novembre 1885, une ulcération balano-préputiale qui avait décortiqué une grande partie de sa surface supérieure, crénelé la couronne, creusé profondément le sillon, et produit, à droite au-dessus du filet, une large excavation qui pénétrait jusqu'au canal de l'urètre et l'avait perforé. Cette lésion, abandonnée à sa marche naturelle, avait débuté quinze jours environ après le dernier coït et quatre ou cinq mois après l'avant-dernier. — Les ganglions inguinaux étaient un peu indurés, l'un d'eux s'était même abcédé, mais ce petit abcès n'avait point les caractères d'un abcès chancrelleux.

Cet ulcère balano-préputial décortiquant et térébrant ressemblait d'une manière saisissante à certains chancres anciens, simples ou syphilitiques, compliqués de phagédénisme. Il eût été impossible d'en établir le diagnostic en ne tenant compte que de ses caractères intrinsèques.

Voici ce qui me permit de déterminer sa nature : 1° les inoculations furent négatives ; 2° ce malade avait eu, au mois d'août 1885, deux chancres balano-préputiaux parcheminés, guéris sans cicatrice, que j'avais jugés syphilitiques et traités dans mon service en septembre. Il était sorti avant l'apparition des accidents généralisés, et il prétendait n'en avoir pas eu. Aussi considérait-il son affection balano-préputiale comme le résultat d'une nouvelle contamination.

Mais il apparut, quelques jours après sa seconde entrée, une plaque cutanée papulo-squameuse du front, manifestement syphilitique; puis d'autres poussées de la même lésion se firent bientôt sur d'autres parties du corps. - L'ulcération balano-préputiale ne fut donc plus isolée, comme elle l'avait été jusque-là. Dès lors, son origine syphilitique ne pouvait plus être mise en question. Elle fut guérie au bout de trois mois et demi après avoir causé des pertes de substance considérables et une caverne balanique de la grosseur d'une noisette, au fond de laquelle existait une fente de l'urèthre longue de un centimètre.

Dans les deux cas suivants, qui sont de beaux exemples de syphilose génitale phagédénique, le diagnostic était facile, parce que le passé des malades était assez chargé d'accidents syphilitiques graves et nombreux, pour qu'il fût permis de supposer, *à priori*, que ceux de la verge procédaient de la même source.

23. *Syphilis phagédénique du gland, du prépuce, du fourreau et des corps caverneux, avec destruction d'une grande partie de la verge; atrophie du méat et fistules uréthrales.*

M. M..., 50 ans, entré dans mon service, salle 8, n° 18, le 2 avril 1884, ne put, à cause de sa surdité et de son manque de mémoire et d'intelligence, me donner que des renseignements très incomplets sur ses antécédents. Il avait, paraît-il, contracté vingt ans auparavant un chancre à Constantinople, lequel ne fut point suivi d'accidents syphilitiques.

Toujours est-il que, trois ans avant son entrée dans mes salles, en 1881, il lui survint des éruptions ulcéreuses sur diverses parties du corps. J'en constatai les cicatrices caractéristiques sur le tronc et sur le poignet droit et aussi sur toute la face antérieure du voile du palais et sur les piliers. La pharyngopathie, bien qu'ulcéreuse, n'avait entamé la muqueuse que superficiellement et n'avait produit aucun délabrement considérable, ni troublé le jeu de l'organe.

Les principales déterminations de la syphilis, les plus profondes et les plus destructives s'étaient fixées, à cette époque, sur les organes génitaux et elles étaient encore en pleine activité. Le sillon balano-préputial, le gland avaient été déchiquetés et perforés jusqu'au canal, si bien que l'urine s'écoulait par cinq ou six fistules; le prépuce avait été complètement détruit ainsi qu'une partie du fourreau, etc.

Jamais le malade n'avait pris un atome de mercure ni d'iodure de potassium avant d'être soigné par moi. A l'époque où je l'examinai pour la première fois, quelques points de plaques tuberculeuses cutanées supparaient encore sur le tronc. — Il ne restait du gland que sa partie la plus antérieure. Tout le reste, ainsi que le sillon et le prépuce avaient été détruits par une ulcération phagédénique, toujours en activité depuis trois ans. Cependant trois fistules s'étaient fermées spontanément. Deux ou trois persistaient encore et c'était par elle que se faisait la miction, car le méat était complètement obstrué par une cicatrice. Les fistules étaient situées : l'une en bas au centre de l'ulcération qui avait détruit le filet, les autres sur les parties supérieures et latérales du sillon. Le fourreau et probablement aussi les corps caverneux étaient sclérosés et creusés de cavités et de fistules qui allaient jusqu'au pubis et suppuraient abondamment. Le pus de ces lésions

fut inoculé plusieurs fois sans aucun résultat. Pas trace d'adénopathie. — Érections nulles.

Au bout de deux mois de traitement par l'iodure de potassium, cette grave syphilose génitale fut à peu près cicatrisée. Mais les fistules urinaires persistèrent et je ne fis rien pour les boucher, car l'atrésie du méat était si complète, qu'il aurait été impossible de rétablir par là le cours normal des urines.

Trois ou quatre mois après son entrée, ce malade sortit n'ayant plus aucune manifestation syphilitique en activité. L'apparition de sa syphilose pénienne n'avait été provoquée par aucune cause occasionnelle. Elle réduisit la verge à une incapacité fonctionnelle absolue comme organe de reproduction.

24. Syphilose phagédénique du gland, survenue à la treizième année d'une syphilis maligne, comme seule manifestation, et après une accalmie de cinq années dans les ravages de la maladie.

En 1872 et 1873, je donnai des soins à M. G..., Russe d'origine et âgé d'environ 35 ans, pour une des syphilis les plus malignes que j'aie vues. Il avait alors une grande nécrose du frontal. Depuis le chancre, la peau n'avait cessé d'être labourée partout d'ulcérations phagédéniques; aussi toute la surface du corps était-elle couverte de cicatrices.

Je le guéris de la grave lésion que j'avais été appelé à soigner et il revint en Russie. Il était alors à la huitième année de sa syphilis. A la treizième, c'est-à-dire en juillet 1878, il me consulta de nouveau, mais cette fois pour des accidents spécifiques qui siégeaient à la verge. Aucune autre manifestation ne s'était produite depuis 1873.

Cette syphilose génitale avait débuté spontanément et en dehors de toute relation sexuelle suspecte, sous forme de boutons à surface blanche, autour du méat et sur la partie inférieure du gland. Ils s'ulcérèrent, se réunirent et excavèrent profondément l'organe. Après quelque amélioration produite par l'iodure et le biiodure ioduré, l'affection balanique s'était aggravée et avait pris une extension considérable en surface et en profondeur.

Quand je vis le malade, sa santé était assez bonne, quoiqu'il eût un peu maigri. Il n'existait aucune autre lésion syphilitique que celle du gland, et celle-ci consistait en une vaste excavation en entonnoir, déchiquetée, creusée, dans son fond, d'arrière-cavités, à parois et à bords irréguliers et fongueux. Elle avait détruit la moitié antérieure du gland et réduit le reste à l'état de coque. Elle ne causait pas de douleur, mais seulement un peu de gêne dans la marche et rendait la miction très difficile. L'urèthre était détruit jusqu'à la portion spongieuse. Rien du côté des ganglions inguinaux.

Cette lésion, après plusieurs alternatives en bien et en mal, avait alors toute son énergie phagédénique. Je la guéris en six semaines avec une dose quotidienne de six grammes d'iodure de potassium, et M. G... repartit pour la Russie n'ayant pas eu d'autre manifestation syphilitique.

Cette grave syphilis n'avait pas cessé de détruire la peau pendant huit ans; puis elle s'était attaquée aux os. Après cinq ans de sommeil, elle se réveillait pour ronger le gland. — Depuis, quels méfaits a-t-elle produits? Je l'ignore. Mais il est bien remarquable que, pendant dix ans, elle n'ait attaqué aucun viscère: cerveau, moelle, foie, poumons, reins.

La syphilose génitale peut produire des désordres bien autrement graves que ceux qui précèdent, et cela à toutes les périodes de la maladie

constitutionnelle. Au lieu de déchiqueter, de perforer, de ronger le gland petit à petit, et sous tous les modes du phagédénisme, elle le détruit quelquefois en totalité, très rapidement et ne laisse que les corps averneux. Et encore ceux-ci, bien qu'offrant plus de résistance, ne ont-ils pas toujours à l'abri de ses atteintes. Ils peuvent être amputés partiellement ou même au ras du pubis. J'en ai rapporté quelques cas dans mon premier volume des *Leçons sur les maladies vénériennes*. Ce processus de destruction est parfois si brusque, si inattendu, qu'on n'a pas toujours le temps d'en suivre les phases et d'en analyser un à un tous les phénomènes. De pareils faits ne sont que très exceptionnellement, je serais même tenté de dire jamais, le résultat d'une chancelle phagédénique, du moins aujourd'hui ; car depuis quelques années cette espèce vénérienne, outre qu'elle est devenue rare, a perdu presque toute malignité.

E. Syphilose scléro-gommeuse de l'urèthre. — L'affection tertiaire du pénis s'attaque parfois d'emblée à l'urèthre. Elle débute fréquemment par le méat. Mais ce qui est moins commun, c'est de la voir s'établir sous forme d'une blennorrhagie aux allures subaiguës. En voici un cas. Le catarrhe urétral précéda la formation du syphilome uréthro-balanique. Le dommage causé par cette lésion ne fut pas grave. La fonte de la tumeur se fit dans le canal, et la caverne qui en fut la conséquence, au lieu d'être extérieure comme cela a lieu presque toujours, fut intra-balanique.

25. *Syphilose uréthro-balanique gauche avec écoulement muqueux, puis purulent, survenue à la dix-huitième année d'une syphilis ulcéreuse. — Caverne gommeuse intra-urétrale. — Tubercules cutanés.*

M. A. . . , âgé d'une quarantaine d'années, qui me consulte en janvier et février 1886, avait contracté, en octobre 1868, un chancre syphilitique ulcéreux qui fut suivi d'abord d'éruptions cutanées et de plaques muqueuses résolutives, puis, en 1871, de deux pustules d'ecthyma, et, en 1873, d'une rhinopathie spécifique avec expulsion d'un fragment des cartilages du nez, guérie depuis. — A partir de cette époque, aucune manifestation jusqu'au commencement de décembre 1885. Il apparut alors, sans contagion, un écoulement muqueux, incolore, visqueux, indolent, qui ne ressemblait nullement aux blennorrhagies qu'il avait eues autrefois. Quelques jours après, tout le côté gauche du gland fut le siège d'une induration et d'une tuméfaction énormes, et il se forma deux ulcérations taillées à pic sur la muqueuse balanique au voisinage du méat. L'induration englobait l'urèthre et s'étendait à toute sa portion balanique. L'écoulement devint purulent pendant quelques jours. — Rien dans les aines. L'iodure de potassium administré à des doses élevées par M. le docteur Culot, de Maubeuge, qui en saisit très bien l'indication, produisit des résultats merveilleux. La tuméfaction, l'induration, l'écoulement, deux petits ulcères furent guéris en moins d'un mois.

Au début, cette lésion était seule ; mais, au bout de quelques jours, il poussa sur la fesse droite deux tubercules, qui ne tardèrent pas à s'ulcérer.

Après la guérison, il a persisté un écoulement semblable à celui du début, c'est-à-dire transparent, visqueux comme une solution de gomme.

La portion gauche du gland est indurée profondément tout le long du canal. Il n'y a point de déformation, ni d'atrésie du méat, mais il doit exister une petite excavation balanique qui emmagasine les dernières gouttes d'urine, car on les fait jaillir en pressant le gland, comme on le ferait d'une vessie.

F. Syphilome balano-préputial non contagieux. — Une question très importante à résoudre, c'est celle de savoir si la syphilose génitale est contagieuse. Ici je répéterai ce que j'ai dit tant de fois : qu'en pratique il faut toujours la considérer comme telle. Je crois fermement qu'elle le serait pendant les premières années de la syphilis. Mais plus tard il n'en est peut-être pas ainsi. Le fait suivant par lequel je vais terminer cette exposition clinique, donne lieu de le supposer.

26. *Syphilose tuberculo-ulcéreuse du gland et du prépuce.* — *Syphilis ignorée ou méconnue.* — *Preuves de la non-contagiosité de cette affection.*

M. X..., 36 ans, n'a jamais eu de chancres ni d'accidents syphilitiques. Marié deux fois, ses femmes n'ont rien eu de spécifique et lui ont donné des enfants très bien portants. Cependant, à l'âge de 32 ans, il lui survint à la partie antéro-supérieure de la jambe droite des lésions ulcéreuses que M. Le Dentu considéra comme spécifiques et qui l'étaient en effet, car elles ont laissé trois ou quatre cicatrices arrondies, blanches, avec liséré noir, dont l'aspect est typique. — A 34 ans, rougeurs saillantes et grenues sur la surface supérieure du gland; après être restées dures et sèches pendant quatre ou cinq semaines, elles s'ulcérèrent et ne furent guéries qu'au bout de six mois. On les considéra comme herpétiques et on donna de l'arséniaté de soude. Elles laissèrent des pertes de substances considérables sur la couronne et dans le sillon. Comme elles ne causaient que peu de douleurs, le malade ne cessa point, pendant toute leur durée, de voir sa seconde femme qui était très passionnée, et mettait souvent, pour son plaisir et malgré ces lésions, la bouche en contact avec le pénis de son mari. Les rapports conjugaux, sous toutes les formes, n'eurent aucune conséquence fâcheuse pour elle et ne communiquèrent aucune ulcération, ni à sa bouche, ni à ses organes génitaux.

L'affection guérit, puis se reproduisit vers le milieu de janvier 1886. Quand le malade vint me consulter, elle avait décorqué presque toute la surface supérieure du gland et crénelé la couronne. La raquetteuse du prépuce présentait deux érosions qui reposaient sur une base indurée, etc. En un mot, on trouvait là tous les caractères de syphilose balano-préputiale. — Rien dans les aînés. Aucune manifestation spécifique sur d'autres parties du corps. Je prescrivis un traitement mixte qui produisit une amélioration et une guérison rapides. Santé générale excellente.

La contagiosité ou la non-contagiosité du syphilome est une question de date. Dans l'observation précédente, la syphilis était évidemment très ancienne. Aussi avait-elle perdu sa virulence. Mais qui oserait affirmer que le syphilome de l'observation 22, tertiaire par sa forme et son processus, quoique survenu au troisième mois de la syphilis, n'était pas contagieux?

ACTION DE L'ACONITINE DANS LE TRAITEMENT DE LA CÉPHALÉE D'ORIGINE SYPHILITIQUE,

Par **Ch. LEROY**, agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

(Recherches faites dans le service clinique de M. le professeur **H. LELOIR**.)

Dans les premiers jours de novembre 1884, pendant que je suppléais M. le professeur Leloir dans le service des maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, j'eus l'occasion d'administrer l'aconitine et d'en constater les bons effets au cours d'une céphalée syphilitique de la période secondaire.

Voici de quoi il s'agissait : c'était un syphilitique dont l'accident primaire remontait au mois d'août de la même année (Vol., obs. n° 4), (1).

Ce malade était alors en pleine éruption secondaire ; il présentait une céphalée pénible et très intense, accompagnée de phénomènes de congestion faciale dont je m'expliquais difficilement la cause, attendu que le sujet n'avait pas encore été soumis à aucune médication par l'iode de potassium.

Me rappelant les bons effets de l'aconitine que j'avais vu obtenir autrefois par mon maître, M. Vulpian, dans le traitement de certaines congestions faciales caractérisées par de la lourdeur de tête, de la chaleur et une coloration rouge intense du visage, je prescrivis au malade de l'aconitine à l'exclusion de toute autre médication.

Au bout de quelques jours, congestion faciale et céphalée avaient totalement disparu, et le malade se trouvait on ne peut plus satisfait de cette médication. La céphalée et la congestion faciale avaient parallèlement diminué d'intensité et, progressivement, de jour en jour, les phénomènes avaient diminué graduellement jusqu'à la cessation complète des accidents.

J'avais été frappé de ce double résultat. En effet, je visais surtout dans ce traitement la congestion faciale, que je regardais momentanément comme une contre-indication de l'emploi de l'iode de potassium. Je

(1) Cette observation est relatée dans les *Leçons sur la syphilis*, de M. le professeur Leloir, dans le chapitre qu'il a consacré à l'étude du pronostic du chancre et des causes de gravité de la syphilis.

comptais avoir recours à l'iode pour combattre cette céphalée sitôt que la congestion faciale aurait cessé.

A partir de cette époque, M. le professeur Leloir tint compte de ce résultat, et chaque fois qu'il eut affaire à un malade syphilitique atteint de céphalée intense, il voulut bien essayer l'emploi de l'aconitine et me signaler les résultats obtenus. C'est après une période de deux ans de l'emploi de l'aconitine dans les circonstances dont nous venons de parler, que nous produisons les principales observations qui ont trait aux bons effets de ce médicament au cours des céphalées syphilitiques intenses.

Nous croyons inutile d'insister longuement sur les avantages que l'on peut trouver dans beaucoup de cas en administrant ce médicament. On sait en effet que, parfois, ces céphalées cèdent au traitement actuellement employé et qui consiste dans l'administration d'iodure de potassium à la dose de 0^{gr},50 à 2 grammes.

Mais, dans certains cas, ce médicament peut produire des phénomènes d'iodisme qui nécessitent la suspension de son emploi ou bien même il augmente ou entretient la céphalée. En tout cas, lorsque son action paraît être salutaire, la céphalée met (à ce qu'il semble) pour disparaître, un temps relativement plus long qu'avec l'aconitine.

La plupart des observations que nous produisons ont trait à des malades dont la céphalée s'est montrée coïncidemment avec un chancre infectant en pleine évolution ou au cours d'accidents syphilitiques secondaires.

Quelques observations (4) néanmoins concernent des syphilis où la céphalée survint au cours d'une forme grave ou bien coïncidant avec des gonimés dès la deuxième année; ou bien enfin accompagnant des accidents survenus après vingt années de date.

Il est permis de croire que dans ces quatre cas, où les sujets étaient soumis au traitement iodique, l'aconitine doit avoir sa part dans la disparition de la céphalée.

Nous donnons ci-dessous le résumé des observations à l'appui de ce que nous venons de dire. Quant au mode d'emploi et à la durée de l'administration du médicament, nous ne voulons pour le moment établir aucune règle précise.

Nous n'avons jamais dépassé deux pilules d'aconitine par jour, et chacune d'elles contenait un demi-milligramme du principe actif du médicament.

Les bons effets de l'aconitine dans la céphalée syphilitique une fois établis, rien ne s'oppose à chercher si son administration à doses plus ou moins fractionnées n'est pas susceptible de rendre son emploi encore plus efficace.

Voici les observations résumées que nous donnons à l'appui des résultats que nous apportons. Elles sont toutes tirées du recueil d'observations de M. le professeur H. Leloir, dans sa clinique de dermatologie et de syphiligraphie à l'hôpital Saint-Sauveur et recueillis par M. Tavernier, aide de clinique du service sous la direction du professeur Leloir.

Que M. le professeur Leloir veuille bien recevoir ici nos remerciements pour la bienveillance avec laquelle il a mis ces matériaux à notre disposition et nous a permis de nous livrer à ces recherches dans son service.

OBSERVATION I (résumée).

N° 13 du recueil d'observations. Hommes. Salle des vénériens.

Vol... (Charles), 28 ans, terrassier, entré le 12 mai 1885 à la clinique pour la seconde fois.

Syphilis maligne précoce, chancre infectant phagédénique avec phimosis, œdème dur et adénopathie suppurée en août 1884. Syphilide ulcéreuse de la région deltoïdienne. Une cicatrice notable un mois après le chancre. Angine ulcéreuse : destruction d'une partie de la luette et de l'amygdale. — Céphalée. — Impaludisme.

Ce malade était dans le service du professeur Leloir en novembre 1884. Dès les premiers jour de novembre, il s'est plaint d'une céphalée intense, qui lui empêchait tout sommeil. En même temps, il existait chez lui des phénomènes très accentués de congestion faciale. C'est à cette occasion que l'aconitine fut administrée pour la première fois.

L'amélioration fut tellement rapide qu'en quatre à six jours ces symptômes si pénibles avaient disparu.

OBSERVATION II (résumée).

N° 13 du recueil d'observations. Salle Saint-Damien.

Bou... (Marie), 20 ans, journalière, entrée le 12 novembre 1884 dans le service du professeur Leloir.

Chancre érosif très étendu de la grande lèvre gauche à induration papyracée. Syphilides papuleuses discrètes, légèrement cornées, de la région supérieure du dos et de la nuque. Périostite de la tête du cubitus. — Céphalée. — Vaginite. Absès de la glande vulvo-vaginale. Septembre 1884. Accident primitif.

29 novembre 1884. Maux de tête violents le soir, coïncidant avec un peu de fièvre le soir. Pilule d'aconitine n° 1.

2 décembre. La céphalée diminue, mais la malade a encore des maux de tête violents tous les trois jours. On continue l'aconitine.

11 décembre. Maux de tête disparus.

Malade soumise, dès son entrée, aux pilules de protoiodure de mercure n° 1 05705.

Céphalée traitée par 1 gramme d'iodure. Pas de résultats. Aconitine.

OBSERVATION III (résumée).

N° 330 du recueil d'observations. Femmes.

Dou... (Fideline), 39 ans, fileuse, entre le 24 août 1886, salle Saint-Henri, dans le service du professeur Leloir.

Syphilis secondaire. Syphilis papulo-squameuses psoriasiformes, siégeant du côté de l'extension. Syphilides en corymbes du dos, des bras. Douleurs ostéocopes des tibias. Papules érosives de l'anus. Fièvre syphilitique. — Céphalée. — Névralgies sous-orbitaires. — Strume. — Misère. Avril 1886. *Chancres infectant exulcéreux.*

23 septembre. Les maux de tête commencent et demeurent intenses. On lui donne une pilule d'aconitine.

29 septembre. Les maux de tête ont disparu.

Mise, dès son entrée, au sirop de Gibert. Céphalée traitée de suite par l'aconitine.

OBSERVATION IV (résumée).

N° 333 du recueil d'observations. Femmes.

Duch... (Marie), 44 ans, journalière, entrée le 9 août 1886, salle Saint-Henri, service de M. le professeur Leloir.

Syphilis contractée il y a 21 ans. Latence des accidents pendant une période de 20 ans, malgré des excès alcooliques et l'absence de tout traitement. Plus de 20 ans après, apparition de gommages spécifiques au niveau du coude gauche. — Maux de tête intenses. 1865. *Accident primitif.*

9 août 1886. Maux de tête intenses. Deux pilules d'aconitine le soir.

15 août. Maux de tête moindres.

31 août. La gomme s'est cicatrisée. Les maux de tête ont disparu.

Soumise, dès son entrée, à l'iode de potassium, 3 grammes.

Céphalée traitée par l'aconitine.

OBSERVATION V (résumée).

N° 437 du recueil d'observations. Hommes.

Alb... (André), 20 ans, tonnelier, entré le 27 avril 1886, salle des vénériens, service de M. le professeur Leloir.

Chancres infectants masqués par un phimosis légèrement inflammatoire. Penitil adenopathie bi-inguinale volumineuse. Lymphangite dorsale moniliforme de la verge. Léger état inflammatoire superficiel de la peau du pli génito-crural droit. Syphilides papulo-croûteuses des cheveux. Syphilides papuleuses et papulo-pustuleuses à petits éléments lenticulaires et miliariques. Syphilomes chancriformes de la partie droite et gauche de la rainure balanopréputiale. Papules opalines des amygdales et des piliers. Langue dépapillée. — Céphalée.

Février 1886. *Chancres érosifs très étendus de la rainure.*

11 mai. Maux de tête violents. Pilules d'aconitine n° 1.

15 mai. Maux de tête diminués de violence. On continue l'aconitine.

19 mai. Maux de tête disparus.

Soumis, dès son entrée, aux frictions mercurielles à la dose de 3 grammes.

OBSERVATION VI (résumée).

N° 427 du recueil d'observations. Hommes.

Nou... (Émile), 26 ans, maçon, entré le 31 mars 1886, salle des vénériens, service de M. le professeur Leloir.

Chancres ulcéreux (cicatrices). Gros bubon inguinal gauche. Syphilides papuleuses planes eczématiformes des membres supérieurs et inférieurs. Papules érosives du gland. Papule opaline unique du pilier antérieur droit. Épididymite gommeuse secondaire. Céphalée.

Septembre 1885. *Chancres ulcéreux.*

8 avril 1886. En même temps qu'une épididymite secondaire sont survenus depuis la veille, surtout vers le soir, des maux de tête violents. Pilule d'aconitine n° 1.

21 avril. Les maux de tête ont presque disparu. Il revient quelques douleurs le soir. On continue les pilules d'aconitine.

1^{er} mai. Les maux de tête et les douleurs n'ont plus reparu.

Soumis, dès son entrée, aux pilules de protoiodure de mercure n° 2, 10 centigrammes.

OBSERVATION VII (résumée).

N° 472 du recueil d'observations. Hommes.

Gau... (Alphonse), 21 ans, peigneur de lin, entré le 12 décembre 1885, salle des vénériens, service de M. le professeur Leloir.

Chancres infectants de la rainure balano-préputiale accompagné d'œdème très prononcé de la verge. Pénis en battant de cloche. Pénis léger. Lymphangite dorsale de la verge. Syphilides papuleuses du tronc et des membres. — Céphalée. — Cachexie. — Plaques d'œdème cutané analogue aux œdèmes sous-cutanés rhumatismaux.

Novembre 1885. *Accident primitif.*

15 décembre. Le malade se plaint de céphalée intense revenant tous les soirs et durant environ deux heures. Pilule d'aconitine n° 1.

18 décembre. Les maux de tête ont complètement disparu par l'aconitine, qui a été continuée le 16 et le 17, jour où l'on a donné deux pilules d'aconitine.

Soumis, dès son entrée, aux pilules de protoiodure de mercure n° 2, 10 centigrammes, puis aux frictions mercurielles, 2 grammes.

OBSERVATION VIII (résumée).

N° 250 du recueil d'observations. Hommes.

Cal... (Jules), 20 ans, fleur, entré le 3 juin 1885, salle des vénériens, service de M. le professeur Leloir.

Trois chancres infectants du gland et du prépuce, dont un paraît constitué par la réunion de trois chancres fusionnés, ce qui donne à ses contours

une apparence polycyclique. Lymphangite dorsale de la verge. Roséole. Syphilides papuleuses du sillon génito-crural. Papules érosives de la face interne des joues. — Céphalée. — Acné polymorphe. Erythème papuleux ortié.

Mai 1885. *Accidents primitifs.*

13 juin. Céphalée intense. Pilule d'aconitine n° 1.

24 juin. Les maux de tête deviennent moins fréquents et moins violents. On continue l'aconitine.

28 juin. Sous l'influence de l'aconitine, les maux de tête ont cessé.

Mis, dès son entrée, aux pilules de protoiodure de mercure n° 2. 0,10 centigrammes.

OBSERVATION IX (résumée).

N° 173 du recueil d'observations. Hommes.

Taq... (Théodore), 39 ans, frappeur, entré le 15 avril 1885, salle des vénériens, service de M. le professeur Leloir.

Accident primitif en février 1869.

Syphilis grave, consistant en chancre, syphilides croûteuses et ulcéreuses des membres inférieurs, gomme multiples de la peau, perforation du voile du palais, hémorrhagies par la perforation; nécrose spécifique du frontal. Troubles nerveux. Syphilis cérébro-spinale. Syphilis fortement et continuellement traitée dès le début. Impaludisme. Excès alcooliques énormes il y a six ans. Blennorrhagie. Balano-posthite érosive. Pustules et ecthyma de la face dorsale de la main gauche. Sciatique double. Céphalée.

Est sorti de plein gré en octobre, atteint de troubles mentaux.

21 avril 1885. Le malade se plaint de violents maux de tête, surtout pendant la nuit. Pilule d'aconitine n° 1.

14 mai. Les maux de tête diminuent. Pilules d'aconitine n° 2.

16 mai. Les maux de tête s'espacent de deux à trois jours. Même traitement.

21 mai. Sous l'influence de l'aconitine, les maux n'ont plus reparu le soir. Céphalée traitée par 3 grammes d'iodure et 1 gramme de bromure; pas de résultat. Traitée ensuite par l'aconitine.

Mis, dès son entrée, aux frictions mercurielles, 2 grammes; iodure de potassium, 4 grammes.

OBSERVATION X (résumée).

N° 101 du recueil d'observations. Femmes.

F... (Félicité), 22 ans, lessiveuse, entrée le 18 mars 1885, salle Saint-Côme, service de M. le professeur Leloir.

Chancre anal du pli génito-crural (cicatrice kéloldienne). Pédérastie Syphilides ulcéreuses de la fesse papulo-exulcéreuses du dos, papulo-squameuses du bras. Papules de la commissure labiale de l'isthme du gosier. Syphilide pigmentaire du cou. Céphalée. Vaginite. Métrite. Intertrigo purifluens.

Mars 1885. *Accident primitif.*

30 avril. Maux de tête intenses. Une pilule d'aconitine.

1^{er} mai. Les maux de tête ont presque disparu. La malade ressent encore quelques douleurs du côté de la région frontale.

10 mai. En continuant l'aconitine, les maux de tête ont disparu.

Traitement spécifique par pilules de protoiodure de mercure n° 2. Céphalée d'abord traitée par l'iodure de potassium à la dose de un, puis de 2 grammes ; pas de résultat. L'aconitine fut ensuite employée.

OBSERVATION XI (résumée).

N° 181 du recueil d'observations. Hommes.

W... (Henri), 27 ans, peintre, entré le 13 janvier 1885, salle Saint-Antoine, service de M. le professeur Leloir.

Syphilomes non résolutifs (gommès de la peau des cuisses se montrant dès la deuxième année de la vérole). Pharyngite ulcéreuse. Syphilis cérébrale. Paludisme. Céphalée intense.

Juin 1881. Accident primitif.

6 mai 1885. Le malade se plaint de frissons accompagnés de violents maux de tête. Pilule d'aconitine n° 1.

12 mai. Les maux de tête vont mieux. Même traitement.

14 mai. Les maux de tête persistent, mais s'atténuent beaucoup.

18 mai. Maux de tête complètement disparus.

Mis, à son entrée, à l'iodure de potassium (4 grammes par jour) et trois pilules de protoiodure de mercure (0,15 centigrammes).

La céphalée, lorsqu'elle survint, fut traitée par l'iodure de potassium (2 grammes) et bromure de potassium (1 gramme). Ensuite par le sulfate de quinine 0,60 centigrammes. On employa ensuite l'aconitine.

NUMÉROS D'OBSERVATION.	DATE DE L'ADMINISTRATION de l'aconitine.	DATE DE LA CESSATION de l'aconitine.	DURÉE de SON EMPLOI.
1	Dans les premiers jours de novembre 1884.	Pas indiquée.	Jours. 4 à 6
2	29 novembre 1884.	11 décembre 1884.	12
3	23 septembre 1886.	29 septembre 1886.	7
4	9 août 1885.	31 août 1885.	22
5	11 mai 1886.	19 mai 1886.	8
6	8 avril 1886.	1 ^{er} mai 1886.	22
7	15 décembre 1885.	18 décembre 1885.	3
8	13 juin 1885.	28 juin 1885.	15
9	21 avril 1885.	21 mai 1885.	30
10	30 avril 1885.	10 mai 1885.	10
11	6 mai 1885.	18 mai 1885.	12

Comme on peut le voir par le tableau ci-dessus, la durée du traitement est très variable. La dose d'aconitine n'a pas dépassé deux pilules de 1/2 milligramme par jour, de peur de provoquer des phénomènes qui auraient nécessité la suppression du médicament. L'efficacité de l'aconitine dans les céphalées syphilitiques a été surtout frappante dans

les cas où celles-ci avaient résisté à des traitements employés d'une façon continue.

Au point de vue de la disparition des phénomènes douloureux, on observe une atténuation progressive et une diminution graduelle des accidents qui cessent complètement au bout d'un espace de temps variable (3, 6, 7, 8 jours).

Dans d'autres cas, les maux de tête diminuent d'intensité ou disparaissent, mais reviennent d'une façon intermittente et sous forme de paroxysmes douloureux survenant de temps en temps le soir.

En somme, nous n'avons eu en vue que de déterminer si oui ou non l'aconitine peut recevoir une nouvelle application dans le traitement de la syphilis. Nous croyons pouvoir être affirmatif sur ce point, car médecins et malades ont pu contrôler l'efficacité de cette action.

Il est inutile d'insister sur l'avantage réel qu'il y a, dans certains cas, à l'employer, de préférence à l'iodure de potassium et à la quinine, quand on sait quels sont les inconvénients de ces deux médicaments lorsqu'ils produisent des phénomènes d'iodisme ou de quinine.

Dans des cas même où ces deux médicaments n'ont eu aucune influence sur la céphalée, l'aconitine a eu raison de ce symptôme.

A ces cas, je puis en ajouter deux autres, observés récemment par M. le professeur Leloir, et qu'il a bien voulu me communiquer. Dans l'un, il s'agissait d'un malade âgé de 37 ans, en pleine éruption secondaire, atteint de céphalée syphilitique intense. L'administration de l'aconitine fit totalement disparaître les maux de tête en quelques jours.

Dans l'autre cas, la syphilis était de date plus ancienne et les maux de tête avaient un caractère qui faisait craindre un début de syphilis cérébrale. L'aconitine produisit néanmoins un effet tout aussi rapide que chez le malade précédent.

Il résulte également d'une communication orale de M. Quinquaud, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, qu'il a pu constater la disparition de la céphalée syphilitique dans trois cas où il a employé l'aconitine contre ce symptôme.

Il nous paraît maintenant nécessaire de signaler un point très important en ce qui concerne cette administration de l'aconitine et qui pourrait faire douter des résultats que nous apportons. Nous voulons parler de l'insuccès de l'aconitine dans certains cas. Cet insuccès, nous l'avons éprouvé ; ce qui montre que l'aconitine ne s'adresse pas indistinctement à toutes les variétés de maux de tête qui peuvent se rencontrer chez les syphilitiques.

Voici deux exemples très instructifs à ce sujet :

1° Femme de 25 ans, prise en mars 1885 d'une attaque d'apoplexie avec perte de connaissance de plusieurs jours et hémiplegie droite consécutive.

Les renseignements ont permis d'apprendre que cette malade a présenté environ six mois auparavant une roséole syphilitique. Cette apoplexie et cette hémiplegie ont été précédées de maux de tête très violents. Un traitement antisypilitique a été institué à partir de cet accident. L'hémiplegie a totalement disparu au bout de trois ou quatre jours, sans laisser de traces. En janvier 1886, la malade, qui a cessé son traitement, ne se plaint plus que de maux de tête plus remarquables par leur continuité que par leur violence. L'administration de l'iodeure mélangé au bromure de potassium, pas plus que l'aconitine, ne les modifièrent. Elle ne fit plus rien pour les calmer et se soigna elle-même par diverses préparations ferrugineuses. Vers le milieu de décembre, ces maux de tête avaient graduellement acquis une telle intensité qu'elle se décida à demander l'avis d'un médecin. En même temps, elle éprouva du vertige, des bourdonnements d'oreille et un peu d'embarras de la parole. L'aconitine fut administrée seule, à titre d'essai, pendant trois jours, à la dose de un milligramme par jour. Il sembla à la malade que, loin de diminuer, ses douleurs augmentaient; chose qu'elle avait déjà observée précédemment. L'aconitine fut supprimée et un traitement mixte fut institué de nouveau.

2° Chev..., 28 ans, tailleur, entre à l'hôpital Saint-Sauveur, dans le service de M. le professeur Leloir, le 20 novembre 1886 (Voir n° 594 du registre d'observations des hommes).

Il y a cinq ans, il eut un chancre, suivi de roséole, de papules de la gorge, de syphilides papuleuses de la verge et du scrotum.

Le motif de son entrée est une céphalée dont il accuse la vérole d'être la cause. Il avoue avoir des habitudes alcooliques.

On lui administre d'emblée l'aconitine, sans se préoccuper de la nature de sa céphalée. Au bout de huit jours, le malade déclare qu'au lieu d'éprouver une amélioration, il lui semble que ce médicament augmente ses maux de tête. On cesse l'aconitine et, en interrogeant le malade, on apprend qu'il est sujet à des attaques d'épilepsie, et voici ce qu'il raconte, d'une façon très claire, à ce sujet : Vers l'âge de 25 ans, il éprouva des phénomènes bizarres, survenant pendant la nuit ou lorsqu'il était occupé à son travail. On le relevait, couché sans connaissance avec du sang sur ses vêtements ou à ses côtés. On finit par lui dire qu'il avait des attaques d'épilepsie. Il ne peut préciser le nombre ni la fréquence de ces attaques; mais il semble résulter de l'interrogatoire, que ce malade a eu des attaques épileptiformes assez nettes, puisqu'on lui a dit qu'il était atteint de la même maladie que son frère, qui est épileptique depuis son enfance. Il paraît que cet état s'est amélioré ou que les attaques sont devenues beaucoup plus rares, puisque le malade n'a attiré notre attention sur ce point que lorsqu'il a vu avec quelle précaution on procédait à l'examen de ses antécédents morbides. Ce qui l'amène à l'hôpital ce sont ses maux de tête, qui n'ont pas cessé depuis trois mois. Par moment, quelquefois plusieurs jours de suite; d'autres fois, tous les trois ou quatre jours, sans qu'il puisse préciser, il y a une recrudescence de ces douleurs avec un point fixe, plus intense vers le sommet de la voûte crânienne, accompagné d'irradiations pariétales, temporales et sus-orbitaires.

Cette recrudescence des douleurs se présente sous forme de véritables accès de deux, trois, quatre heures de durée, pendant lesquelles le malade est fortement déprimé. En même temps que ces crises douloureuses, le malade est atteint souvent, dès le début, de vomissements qui surviennent sans effort.

En somme, dans ces deux cas, tout porte à croire que nous sommes en présence de troubles cérébraux autrement graves que ceux qui déterminent ordinairement la céphalée syphilitique simple.

Ces deux observations montrent que l'aconitine ne fait pas disparaître tous les maux de tête qui peuvent survenir chez les syphilitiques ; aussi doit-on tenir compte, avant d'employer ce médicament, de la nature de la céphalée qu'on observe chez ces sujets. L'insuccès que nous avons éprouvé pour les deux cas que nous venons de citer montre que, au contraire, lorsqu'il s'agit peut-être de lésions au foyer du cerveau, l'aconitine semble augmenter le mal.

Ne pourrait-on pas se hasarder à émettre l'idée que peut-être un jour ce sera là un moyen de distinguer si on a affaire à une céphalée syphilitique simple ou au contraire à une céphalée grave, déterminée par une lésion hyperplasique du cerveau ou de ses enveloppes.

RECUEIL DE FAITS.

I

ÉRYTHÈME SCARLATINIFORME DESQUAMATIF RÉCIDIVANT GÉNÉRALISÉ

Observation recueillie par MM. **Rotillon et Gungelet.**

M^{me} X..., âgée de 27 ans, a eu en 1883 une attaque de rhumatisme articulaire aigu, ayant intéressé les articulations fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes et probablement une endocardite concomitante. Son père est rhumatisant, il a tous les cinq ou six ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui le tient au lit pendant quatre ou cinq semaines; sa mère et une sœur de 19 ans se portent bien.

Le 22 septembre 1886. — Cette dame a été vivement impressionnée par une visite faite à l'hôpital Saint-Louis le 16 septembre. Depuis ce jour, elle est agitée, a de l'embarras gastrique fébrile et toussé. A l'auscultation, on entend de gros râles de bronchite et du côté du cœur un bruit de souffle au premier temps et à la pointe. Ce bruit de souffle existait déjà l'année dernière et les palpitations remontent à 1883. Pas de céphalalgie, pas d'angine, rien du côté de la peau. La malade est enceinte et a eu ses dernières règles le 19 avril.

Traitement. — Potion opiacée et un badigeonnage de teinture d'iode.

23 septembre. — La malade présente de l'œdème des extrémités (face et membres) et se plaint de douleurs dans les articulations; la toux et les palpitations sont plus fortes.

24 septembre. — La bronchite persiste, la peau commence à rougir et est le siège de vives démangeaisons. La malade raconte alors qu'elle a déjà eu quatre éruptions semblables, survenues à la suite d'émotions ou de contrariétés et ayant présenté des prodromes analogues à ceux observés depuis huit jours. La première de ces éruptions a paru après une fièvre typhoïde, en 1881; la seconde, au commencement d'une grossesse, en novembre 1882; la troisième, après la mort d'un enfant, en mars 1884; et la quatrième, en novembre 1884. De ces quatre éruptions, la plus forte a été la seconde, qui est allée jusqu'à la chute des ongles; à cette époque, la malade a été soignée par le Dr Ballet, qui lui a ordonné de la liqueur de Fowler.

25, 26 et 27 septembre. — La rougeur s'accroît et c'est le 27 qu'elle atteint son maximum d'intensité, elle est alors comparable à la rougeur de la scarlatine. Pendant les mêmes jours, la desquamation apparaît.

28, 29 et 30 septembre. — La rougeur gagne les membres inférieurs, tandis que celle de la scarlatine aurait disparu; et la desquamation continue sur les membres supérieurs et le tronc.

Les palpitations sont moins fortes et les sueurs profuses. Les jours suivants, la malade traverse la période de desquamation, l'épiderme se détache par larges lamelles comme dans la scarlatine; l'œdème des extrémités et la toux

disparaissent, les sueurs diminuent. Les ongles présentent à leur naissance un sillon transversal assez profond qui les sépare nettement en deux parties, dont la plus ancienne se détachera lorsque son bord supérieur sera arrivé à la fin de sa course. L'albumine, plusieurs fois recherchée, n'a jamais été constatée dans l'urine.

Réflexions. — La rougeur de la peau et la desquamation ont présenté une si grande ressemblance avec celles de la scarlatine qu'à première vue le diagnostic : *scarlatine* pourrait être posé. Nous avons admis celui d'*érythème scarlatiniforme* pour les raisons suivantes :

La scarlatine a une invasion brusque, elle surprend les gens en bonne santé, l'éruption se fait dans les vingt-quatre heures.

Chez notre malade, la santé était ébranlée depuis quelque temps, l'invasion a été lente et progressive, l'éruption n'a commencé qu'après huit jours de prodromes.

La céphalalgie et l'angine font partie du début de la scarlatine. Or, notre malade n'a eu ni céphalalgie, ni angine.

Dans la scarlatine, l'œdème des extrémités accompagne l'éruption et la bronchite ne se montre que pendant ou après l'éruption; dans le cas actuel, l'œdème et la bronchite ont précédé l'éruption.

La rougeur de la peau, dans la scarlatine, disparaît vers le quatrième ou cinquième jour et la desquamation n'apparaît qu'après; dans notre observation, la rougeur a persisté jusqu'au septième jour et la desquamation a paru dès le deuxième jour, c'est-à-dire en même temps que la rougeur.

Enfin, si nous nous rappelons que notre malade a déjà eu en quatre ans quatre éruptions semblables à celle que nous avons en vue et qui est la cinquième, nous ne pouvons pas admettre qu'il s'agisse de quatre récurrences de scarlatine; car, si la scarlatine est sujette à récurrence, elle ne l'est pas un si grand nombre de fois en un temps aussi court.

L'*érythème scarlatiniforme*, affection très rare, n'est pas décrit dans les auteurs, ainsi que l'a fait remarquer M. Hallopeau à la séance de la Société médicale des hôpitaux du 13 octobre 1882. Est-ce une affection de nature rhumatismale, comme le suppose M. Hallopeau dans sa communication faite à la séance précitée? Ou bien n'y a-t-il, comme l'indique M. Besnier, qu'une coïncidence avec le rhumatisme comme elle pourrait exister avec n'importe quelle maladie générale fébrile?

Notre observation ne permet pas de se prononcer, mais elle représente très nettement un cas d'*érythème scarlatiniforme desquamatif généralisé*, qui s'est développé chez une rhumatisante en dehors de toute attaque de rhumatisme articulaire aigu.

II

UN CAS DE LÈPRE

(CONTAGION PROBABLE.)

Par le Dr ED. KAURIN (de Mohle) (1).

J.-J. Johansen, 9 ans, né à Hiteren, fut admis le 13 octobre 1886 dans la division des enfants malades à l'hôpital Reknas. Il était atteint de lèpre tuberculeuse en pleine éruption : les plaques et les tubercules, petits et isolés, étaient particulièrement développés aux extrémités. Un tubercule, excisé au menton, montra en abondance le bacille de la lèpre.

Cet enfant a quatre frères ou sœurs sains et bien portants, âgés de 11, 7, 5 et 2 ans.

Les parents et grands-parents des deux côtés sont exempts de lèpre.

Dans sa maison habitait un nommé K..., lépreux, frère du grand-père de l'enfant (côté maternel); cet homme, originaire de Horg, habitait le pays depuis une vingtaine d'années; son frère, dit-on, est aussi lépreux. La maladie était déclarée chez K... depuis sept ans, et il y avait cinq ans qu'il vivait dans la maison de J... Chez lui la lèpre était à la période d'ulcération, particulièrement aux extrémités, et restait dans un état complet d'incurie. Il y a un an, il avait été conduit à l'hôpital de Reitgjerdet (septembre 1885), et il y était mort six semaines après son admission.

L'intérieur de l'habitation de J... est excessivement pauvre et dans le plus misérable état : c'est une petite chaumière à carreaux cassés bouchés avec de vieux chiffons.

Dans la première chambre, le mobilier consiste en 1 banc, 1 table, 1 chaise et 2 lits; le dessous du lit est formé par du foin à moitié pourri, et les couvertures par de sales taies d'oreillers ainsi que quelques vieux jupons et autres chiffons qui ne servent pas dans le courant de la journée.

La lumière est fournie par un morceau de chiffon trempé dans de l'huile de hareng qui éclaire juste assez pour le travail qui se fait dans cette chaumière.

Au grenier, au-dessus de cette chambre se trouvait le lit de K... qu'il occupait jour et nuit.

J... et ses deux frères y couchaient également. J... était le favori de K... et fréquemment couchait dans son lit.

Celui-ci était très heureux de l'avoir comme compagnon de lit et cherchait à l'attirer par tous les moyens en lui offrant des friandises.

Il a été définitivement affirmé que c'était J... seulement, et non pas les autres frères et sœurs, qui couchait dans le lit avec K...

Il y a environ un an, trois petites taches, ou boutons, ont fait leur apparition sur la hanche droite de J... — aucun autre phénomène suspect; — mais, pendant qu'il soignait les bestiaux l'été dernier, des tubercules apparurent aux extrémités, et on se détermina à faire examiner l'enfant par un

(1) Extrait du *Fidskrift for Praktisk medicin*, n° 23, 1^{er} décembre 1886, adressé par l'auteur au professeur LELLOIN (de Lille), le 30 décembre 1886.

médecin. Pendant tout ce temps, aucune souffrance, et aucun trouble de la santé.

Ces particularités m'ont été communiquées d'abord par le maître d'école qui est membre de la commission pour venir en aide aux indigents. C'est lui qui a accompagné l'enfant jusqu'à l'hôpital, et plus tard elles m'ont été confirmées par M. le Dr Hitmann, médecin du district de Hiteren. Quand le maître d'école ci-dessus mentionné a eu répondu à ses différentes questions, il a ajouté en dernier lieu : « *Quelqu'un peut-il encore douter que la lèpre soit contagieuse ?* »

L'étiologie de la lèpre est évidemment une des plus importantes questions du temps présent ; partout on travaille avec zèle à la solution de cette énigme ; en ce qui me concerne, je l'ai dit dans une autre occasion, plus je m'occupe de la lèpre, plus je l'observe, plus aussi il m'apparaît évident que la maladie est transmissible d'un individu à un autre (*I have, on another occasion, said that the longer I am occupied with leprosy, the more clinic observations as I get, which peremptorily seem to advocate the ability of the sickness to be transported from one individual to another.*)

L'observation ci-dessus est, je pense, une de celles qui méritent d'être livrées à la publicité. Non pas que le fait soit indiscutable : la maladie existait dans la famille de J... ; deux frères de son grand-père étaient lépreux, et l'on pourrait y trouver un argument en faveur de la lèpre héréditaire. Mais aussi, cette supposition n'est-elle pas singulièrement infirmée par cette promiscuité spéciale de l'enfant atteint avec le misérable lépreux couvert d'ulcérations, et par l'immunité des frères et sœurs. Il est encore vrai que le mari peut cohabiter de longues années avec sa femme sans contracter la lèpre, mais on sait aussi que la faculté de recevoir une maladie par contagion n'est pas la même pour tous les sujets, et il n'échappera à personne que le tégument d'un enfant de neuf ans est plus exposé que celui d'un adulte aux excoriations propres à favoriser la contagion, surtout lorsque cet enfant est assez indifférent et assez négligent pour vivre en intimité avec un lépreux couvert d'ulcérations.

REVUE GÉNÉRALE.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Par A. DOYON.

A l'heure actuelle, une des questions qui sollicitent le plus vivement l'attention non seulement des spécialistes, non seulement des praticiens, mais de tous les amis de la science exacte, c'est sans contredit le traitement de la syphilis. De toutes parts se produisent de nombreux travaux, et sur l'opportunité de la médication spécifique, c'est-à-dire sur le moment où elle a le plus de chance de servir, et sur le mode soit de préparation, soit d'introduction du médicament auquel on doit donner la préférence.

Il est vrai de dire que depuis longtemps on tourne toujours dans le même cercle, les uns, donnant d'emblée le mercure dès que l'existence de la sclérose chancreuse est seulement soupçonnée, d'autres aussitôt qu'elle s'accuse par une induration et la pléiade ganglionnaire, toute une école attendant l'apparition des premiers accidents de l'infection générale.

Bien des recherches ont été instituées, bien des essais comparatifs ont été faits, sans que l'on soit encore parvenu à s'entendre sur ce point, dont la solution au premier abord paraît cependant des plus simples.

Un traitement fait dès le début du chancre infectant peut-il prévenir les manifestations ultérieures de la syphilis? Assurément non. Personne ne saurait le soutenir. Mais, si sur ce point le consensus est unanime, il n'en est plus ainsi en ce qui concerne l'influence que cette cure préventive peut exercer sur la gravité des accidents futurs. C'est là que commencent les divergences. Inutile suivant les uns, ce traitement de la première heure aurait même, d'après d'autres auteurs, l'inconvénient d'enlever au mercure une certaine part de son énergie, par suite de l'accoutumance; des accidents survenant parfois malgré le traitement et au moment où on vient de l'interrompre, et, en ce cas, ne trouvant plus dans le spécifique le secours nécessaire. Pour d'autres, au contraire, cette première cure est indispensable, elle éloigne l'apparition des premiers symptômes — fait de peu d'importance, il est vrai, — mais elle atténue leur gravité dans l'avenir. La lumière n'est pas encore absolument faite sur ce point, quoique *à priori* il soit impossible de refuser une efficacité relative à la cure préventive. Le retard de l'éclosion secondaire démontre d'ores et déjà que le mercure a une action sur la syphilis à l'état latent, ce que quelques auteurs lui refusent tout à fait, et puisqu'ils s'ap-

puient même sur ce fait pour ne prescrire le traitement spécifique que lorsque la maladie est en action.

Conséquents avec eux-mêmes, et partant de ce même principe, ces auteurs soutiennent avec énergie que durant la série des poussées secondaires on doit également réserver le traitement mercuriel aux seules périodes où la syphilis se révélera d'une manière effective, ajoutant, il est vrai, qu'à ce moment le traitement sera réglé, et comme énergie, et comme durée, sur la nature et l'intensité des accidents alors présents.

Bien différente est la conduite des opposants, des partisans de la mercurialisation continue — alternée. Frappés, d'une part, de la gravité des accidents nerveux et viscéraux produits par l'imprégnation syphilitique, accidents que, grâce aux travaux modernes de Charcot, A. Fournier, Erb, etc., on peut aujourd'hui rattacher à leur véritable cause; frappés, d'autre part, du peu de rapport qui existe entre les accidents initiaux, la période jeune de la maladie, et ceux de la phase tardive, les mercurialisants soutiennent que la seule manière de s'opposer à ces poussées si graves et si foudroyantes de la syphilis, c'est de tenir les malades le plus longtemps possible sous l'influence du mercure. C'est grâce seulement à une intervention prolongée, coupée il est vrai d'intermittences, que l'on pourra, disent-ils, mettre les malades à l'abri des redoutables éventualités dont nous venons de parler.

Inutile de rappeler que syphiligraphes de l'une et de l'autre école attachent la plus grande importance aux lois de l'hygiène et de la diététique, et lui attribuent une part considérable dans l'évolution bénigne ou grave de la syphilis.

Avant d'entrer plus à fond dans l'étude critique des doctrines que nous avons à peine effleurée, nous tenons à mettre sous les yeux des lecteurs des *Annales* un résumé aussi complet que possible des idées qui se sont fait jour sur ces questions dans ces derniers temps en Allemagne et en Autriche. Ce sera l'introduction la plus naturelle au jugement dont nous n'avons pas qualité pour écrire sans doute le dispositif, mais duquel nous demandons seulement la permission de tracer quelques considérants.

A. DOYON.

I. — KAPOSI. — *Ueber Therapie der Syphilis (Contribution à l'étude de la thérapie de la syphilis)*. — Separat — Abdruck aus den Verhandlungen des Congresses für innere Medicin in April. 1886.

II. — NEISSER, *idem*.

III. — SCHUSTER, *idem*.

IV. — WEBER (New-York), v. ZIEMSEN, ZIEMSEN (Wiesbaden), LEURE, EDLESSSEN, BAUMLER, DOUTRELEPONT, SCHUMACHER : d'après le compte

- rendu Ueber die Verhandlungen der V. Congresses f. innere Medicin. — Beiträge Zum Centralblatt f. klin. Medecin. 1886, n° 25.
- V. — J. NEUMANN. — Ueber verschiedene Behandlungsmethoden der Syphilis (Des différentes méthodes de traitement de la syphilis). — Separat — Abdruck der wiener mediz. Blätter. 1886, n° 33 à 36.
- VI. — ZANG. — Zur syphilistherapie (Traitement de la syphilis). — Wiener mediz. Wochenschrift, 1886, n° 34 et 35.
- VII. — K. SCHADEK. — Die Behandlung der Syphilis mittelst tiefer Injectionen des gelben Quecksilberoxyds in Mm. glutei (Traitement de la syphilis par les injections profondes dans le muscle fessier d'oxyde jaune de mercure). — Wiener med. Presse, 1886, n° 28 et 29.
- C. COPP et M. CHOTZEN. — Ueber die subcutane Anwendung des Calomel bei der Syphilisbehandlung (De l'emploi sous-cutané du calomel dans le traitement de la syphilis). — Vierteljahresschrift f. Dermatologie und Syphilis, 1886, n° 4. — Voir le numéro précédent.
- VIII. — V. WATRASZEWSKI. — Ueber Behandlung der Syphilis mit Injectionen von Calomel und von Quecksilberoxyden (Contribution au traitement de la syphilis avec les injections de calomel et d'oxydes de mercure). — Wiener mediz. Presse, 1886.
- IX. — C. KOPP. — Ueber die Behandlung der Syphilis, mit subcutanen Injectionen von Hydrargyrum formamidatum (Liebreich) (Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de formamide de mercure). — Clinique du professeur Neisser. — Vierteljahresschrift f. Dermatologie und Syphilis, 1885, n° 1 et 2.
- X. — LE WENTANER. — Ueber eine mitigirte intermittirende Methode der Syphilisbehandlung (nach Fournier) (Sur une méthode intermittente mitigée de traitement de la syphilis (d'après Fournier). — Centralblatt für klinische Medicin, 1886, n° 41.
- XI. — J. CASPARY. — Ueber chronische Quecksilberbehandlung der Syphilis (Traitement mercuriel chronique de la syphilis). — Vierteljahresschrift f. Dermatologie und Syphilis, 1887, n° 1.

I. — M. KAPOSI (rapporteur). — Je me bornerai, dit-il, à esquisser rapidement, dans leurs lignes les plus essentielles, les principes généraux d'une thérapeutique rationnelle de la syphilis, relativement à ses indications, à ses remèdes et à ses méthodes. Je laisserai au contraire de côté ce qui se rapporte à la pathologie de la syphilis, quoique cette étude joue un rôle décisif dans la détermination d'un traitement pratique.

La thérapie de la syphilis, on doit le reconnaître, n'a pas marché du même pas que sa pathologie, bien que celle-ci n'ait pas eu une allure très

rapide. Sous le rapport des remèdes comme dans celui des méthodes, la thérapeutique n'est pas beaucoup plus avancée qu'elle ne l'était à la fin du xv^e et au commencement du xvi^e siècle. À cette époque, on ne connaissait que la cure par les frictions. Malgré l'emploi du mercure, on voyait survenir de graves récidives qui résistaient aussi aux traitements spécifiques répétés. Dans les premières années du xvi^e siècle, on introduisit les décoctions de bois sudorifiques : à cette époque parurent la philippique de Ulrich de Hutten contre les frictions et son panégyrique en faveur du bois de gaïac. Les récidives, disait-il, n'étaient pas le fait de la syphilis, mais étaient dues à l'action du mercure ; aussi ce médicament tomba-t-il en discrédit comme antisypilitique. Hutten ne fut pas le seul antimercurialiste, et au commencement de ce siècle le « laisser aller » comme traitement de la syphilis figurait dans le programme de l'école physiologique, et aujourd'hui encore il en est qui voient, comme au temps de Hutten, dans les formes tardives de la syphilis, des maladies mercurielles.

Il faut insister aussi sur ce fait, puisqu'il a été contesté par quelques auteurs, notamment par de Bärensprung, que la syphilis est une maladie curable.

1° Est-il possible, à l'aide d'un traitement déterminé des formes initiales, d'empêcher l'infection générale ; en d'autres termes, existe-t-il une méthode de couper la syphilis ?

On a conseillé, pour atteindre ce but, trois moyens différents :

1° La destruction du virus au lieu et place de son introduction, donc celle de la lésion primaire. On peut y parvenir de deux manières, par une cautérisation énergique ou par l'excision de la sclérose initiale. Mais on ne sait pas jusqu'à quel moment on peut tenter avec succès la destruction du virus. — Au point de vue pratique, l'excision est liée à certaines conditions d'anatomie topographique ; sur le limbe du prépuce, on peut la faire complète ; sur le gland et dans le sillon coronaire, il n'en est pas de même.

Le second moyen qu'on a proposé consiste à lier ou à enlever les vaisseaux lymphatiques, et, pour rendre l'opération plus complète, à extirper les ganglions lymphatiques de la première zone. Vous me pardonnerez, si je qualifie cette proposition de naïve. Le pénis étant en quelque sorte complètement enveloppé par un réseau lymphatique, quel est le vaisseau qu'il faudrait sectionner et quels ganglions devrait-on exciser parmi ceux sur lesquels la chirurgie peut avoir prise. On peut faire la même réponse à la méthode de Lipp, qui injecte, dans les ganglions lymphatiques avoisinants une lésion primaire, des préparations de mercure, d'iode, etc..., pour détruire le virus dans les points où il est résorbé...

Un troisième moyen est le traitement général préventif.

Si les moyens d'éteindre ou d'éliminer localement le virus sypilitique

au point d'inoculation et d'établir un obstacle mécanique dans les voies de résorption sont à ce point précaires, n'y aurait-il pas lieu alors de recourir à un traitement général et de chercher ainsi à détruire le virus dès son entrée dans l'organisme ?

C'est parfaitement juste, car théoriquement il est irrationnel de laisser une maladie se développer dans toute son intensité pour ensuite la guérir, et il est inhumain de laisser le malade marcher tranquillement au-devant de la syphilis. Mais pratiquement on ne saurait faire autrement.

Bien des fois j'ai prescrit le traitement général avant l'apparition de l'exanthème, et chaque fois je l'ai regretté. Hebra, Sigmund et Zeissl, qui avaient la même illusion ont déconseillé la cure préventive. L'expérience enseigne que cette thérapeutique précoce n'empêche pas l'apparition des phénomènes généraux, mais qu'elle ne fait que les ajourner; qu'ils ne se présentent plus dans leur mode typique d'évolution, mais en désordre (*unordentlich*), et que souvent on voit apparaître non plus exclusivement des formes exanthématiques légères, mais en même temps, par conséquent de très bonne heure, des symptômes graves, par exemple des lésions du périoste. On a donc ainsi allongé la période tout entière de la maladie et fait perdre complètement le bénéfice de la cure faite puisqu'on est obligé de recommencer le traitement par suite du retard d'invasion des symptômes.

Il est donc, selon moi, inutile et même nuisible pour le malade, et aussi déconcertant pour le médecin, c'est-à-dire quant à l'observation objective, de commencer le traitement général avant que la syphilis se soit manifestée d'une manière évidente et typique; je conseille même de n'intervenir que lorsque l'exanthème s'est complètement développé, et non dès le premier indice de roséole.

2° *Quels sont les avantages que les remèdes spécifiques offrent contre la syphilis, et contre quelles formes pathologiques ces avantages ont-ils été constatés?*

On doit juger l'efficacité d'un remède (ou d'une méthode) *a* sur la rapidité avec laquelle les manifestations locales disparaissent; *b* sur l'absence des récidives.

Toutefois, il est difficile d'apprécier l'absence des récidives, qui permet de considérer la syphilis comme guérie. Les statistiques recueillies dans les hôpitaux ne donnent sous ce rapport aucun résultat précis; les syphilitiques une fois indemnes de symptômes apparents quittent l'hôpital, et ce n'est qu'un très petit nombre d'entre eux que l'on a plus tard l'occasion de revoir. Ce n'est que dans la pratique privée que l'on a la possibilité d'observer pendant des années certains individus ainsi que leurs descendants, et de connaître ainsi l'effet réel d'une cure antisypilitique. Mais avec un matériel privé on n'établit pas une statistique officielle. Cette

statistique ne peut donc être que le résultat de l'expérience personnelle, elle dépend de l'âge de l'observateur, et toute sa valeur se mesure à la confiance qu'il inspire.

Voici sur ce point mon opinion personnelle :

Un certain nombre de malades guérissent d'une manière durable après une seule cure de quelques semaines ou de quelques mois.

Il est certain aussi que bon nombre de personnes ont une ou plusieurs récurrences et sont obligés de subir à plusieurs reprises des cures après lesquelles ils restent guéris.

Enfin, il n'est pas douteux non plus que chez un petit nombre de sujets infectés on peut voir survenir une récurrence de la syphilis de la peau, du cerveau, etc., après des années et des dizaines d'années, et même pendant et après qu'ils ont eu plusieurs enfants bien portants.

Il est donc tout à fait impossible d'inférer de la durée de l'immunité réalisée par un remède à son efficacité absolue.

En présence de cette impossibilité, il faut et on peut apprécier autrement les faits. Si les symptômes de la première période éruptive aiguë ont disparu sous l'influence du traitement, on doit le considérer comme efficace et comme d'autant plus efficace que les phénomènes morbides ont cédé plus rapidement et plus complètement. L'apparition des récurrences ne saurait infirmer la valeur d'un médicament. Dans toutes les circonstances il apparaît des récurrences. Il faut tenir compte de ce fait. Or, dans certains cas, il n'est pas possible d'arriver d'un seul coup à détruire le virus; ou bien la médication a été insuffisante.

Par contre, on devra considérer en général comme suffisante la cure qui aura provoqué la disparition des phénomènes visibles :

1° Au moins pendant quelques mois sans retour de symptômes syphilitiques appréciables et avec un état général satisfaisant du malade ;

2° Si les récurrences, notamment celles de la peau, restent régionales, et si elles présentent le caractère de formes tardives.

Mais par contre si un exanthème des formes de début revient et qu'il se généralise, c'est que le traitement n'a rien fait ou a été insuffisant.

Le traitement de la syphilis comprend les remèdes spécifiques proprement dits : le mercure, l'iode et les décoctions de bois sudorifiques ; les cures consécutives, par exemple les bains sulfureux, l'hydrothérapie (bains de mer), (la méthode de Fournier — traitement successif.)

Le mercure peut être employé de diverses manières : méthode endermique, hypodermique, et à l'intérieur.

Endermique, c'est-à-dire à l'aide de pommades et de bains.

Ainsi que je l'ai dit au Congrès de Copenhague, l'onguent mercuriel est le remède par excellence.

La cure de frictions est le traitement le plus actif et le meilleur que l'on

puisse opposer aux lésions locales ainsi qu'à la dysérasie, et dans tous les cas où il y a péril, c'est le plus rationnel que l'on puisse employer.

En ce qui concerne l'onguent mercuriel préparé avec la lanoline pure, il ne constitue pas une pommade, mais un simple mélange. Pour avoir une bonne préparation, il faut ajouter à la lanoline 10 0/0 de graisse. L'absorption avec l'onguent de lanoline mercuriel est très rapide, car après une seule friction on trouve, au bout de vingt-quatre heures, le mercure dans l'urine.

On peut faire une cure de frictions avec cette pommade ou avec les savons mercuriels que l'on a conseillés dans ces dernières années (Charcot, Schuster, Oberländer, Nega, Janowski, Schwimmer, etc.), soit avec des savons de soude, soit avec des savons de potasse (Oberländer, Schuster, Nega, Unna).

D'après mon expérience personnelle, je préfère l'onguent gris officinal à la pommade de lanoline et de mercure et au savon mercuriel. L'onguent ancien me paraît aussi plus actif. Les emplâtres hydrargyriques (de Vigó, d'Unna) sont très efficaces contre les affections locales. On ne saurait assez les recommander contre les formes gommeuses ulcéreuses de la peau et du périoste. Les bains mercuriels (sublimé) sont très utiles dans la syphilis des nouveau-nés et chez les adultes en cas de lésions gommulo-ulcéreuses étendues.

Dans ces dernières années, on s'est beaucoup occupé du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de mercure. Cette dernière méthode est évidemment plus directe et plus exacte que la méthode endermique, et, outre la facilité de son mode d'emploi, elle a celui de faire pénétrer dans l'organisme des mélanges mercuriels définis chimiquement et quantitativement déterminées d'une manière rigoureuse.

Depuis que Lewin a, pour la première fois, il y a longtemps déjà, employé exclusivement les solutions de sublimé en injection, on a conseillé toute une série de sels mercuriels pour les injections sous-cutanées. Mais il serait difficile de discuter leur valeur d'après le plus ou moins de douleur qu'elles occasionnent, leur facilité de résorption, leur tendance à déterminer de l'inflammation et des abcès au point injecté, leur rapidité d'élimination, leur efficacité directe, leur action préventive des récidives, etc...

Selon Bockhart, ce sont les préparations mercurielles qui séjournent le plus longtemps dans le corps qui ont l'action la plus forte et la plus durable, et qui, par conséquent, s'opposent le mieux aux récidives.

Je tiens seulement à faire remarquer qu'il est difficile d'assigner un terme final à l'élimination du mercure; les recherches de Paschkis et Vajda ont démontré que cette élimination ne se fait pas d'une manière

continue, mais à des intervalles plus ou moins éloignés, comme par poussées.

D'après leur séjour plus ou moins prolongé dans l'organisme, Bockhart divise les préparations mercurielles en trois groupes.

I. — Préparations mercurielles à action très prolongée.

- a) Onguent gris (on retrouve le mercure dans l'urine au moins pendant 6 mois).
- b) Le calomel (se rapproche le plus de l'onguent gris, d'après Neisser).
- c) Solution de sublimé de Lewin (présence dans l'urine pendant 18 semaines).

II. — Préparations mercurielles à action prolongée moyenne.

- a) Solution de sublimé et de chlorure de soude (présence dans l'urine, 13 semaines).
- b) Albuminate et peptonate de mercure (présence dans l'urine, 10 à 11 semaines).
- c) Sérum du sang et mercure (environ 11 semaines dans l'urine).

III. — Préparations mercurielles à action faiblement prolongée.

- a) Bicyanure de mercure.
- b) Glycocoll de mercure (présence dans l'urine après 8 semaines).
- c) Formamide de mercure (présence dans l'urine après 6 semaines).

La moins douloureuse de ces préparations serait, suivant Kaposi, le formamide de mercure.

3^e Quelles formes et quelles périodes de la syphilis se prêtent le mieux au traitement mercuriel ?

Selon moi, toutes les formes de la première période et celles de la période tardive des manifestations cutanées, les lésions des os, des organes parenchymateux, du système cérébro-spinal dans les périodes aiguës ; tandis que les affections du système nerveux à leurs phases ultérieures, celles des articulations et la céphalalgie syphilitique cèdent plus sûrement et plus rapidement à l'iode.

4^e D'après quelles considérations devons-nous diriger notre choix parmi les nombreuses préparations mercurielles ?

Je suis persuadé que, dans la première période aiguë de la maladie, plus on a recours à un traitement décisif et énergique, plus sûrement on est à l'abri des récidives. De prime abord, il faut faire des frictions, et ce n'est que dans le cas où elles ne sont pas possibles qu'on doit avoir recours aux injections, en choisissant celles qui ont une influence

prolongée. Mais je pense que pour la première période les médications à action lente ne sont pas justifiées, par exemple les injections légères et la médication interne avec les préparations de mercure ou d'iode et de mercure. Pour les formes tardives, en tant qu'elles ne sont pas d'une nature menaçante, comme les variétés papuleuses régionales, etc., la médication peut être moins énergique. Mais si elles ont un caractère dangereux, comme l'iritis, les affections ulcéreuses du nez et du pharynx, les maladies du cerveau et de la moelle, je suis pour la médication la plus active.

5° *Quels sont les inconvénients de la médication mercurielle?*

D'après mon expérience personnelle, il n'y en a absolument aucun, si l'on a soin d'en surveiller l'emploi. Je n'ai jamais vu de salivation, uniquement parce que je suis attentif. Quant aux ulcères dits mercuriels, à la cachexie mercurielle, etc., nous pouvons les laisser de côté.

Le deuxième spécifique contre la syphilis est l'iode.

Il nous suffira de dire que l'iode est le médicament par excellence contre les affections des os et des articulations, contre les douleurs ostéocopes et la céphalée. Mais c'est sans motif que l'on considère l'iode comme une sorte de correctif contre l'abus du mercure, même s'il est efficace là où d'autres remèdes ont échoué. Par contre, je n'approuve pas l'emploi de l'iode pour les accidents de la période primaire. Contre les exanthèmes, il agit en général très lentement.

Quant au troisième remède, à la décoction de Zittmann, c'est un agent extrêmement actif contre les formes tardives, principalement les affections ulcéreuses du pharynx et même de la peau; je le prescris volontiers en même temps que les cures mercurielles, notamment les frictions. Son efficacité ne doit pas être attribuée à la petite quantité de mercure que contient cette décoction, car elle réussit précisément dans les cas où les frictions n'agissent pas.

6° *Les cures dites consécutives ont-elles une action spécifique contre la syphilis?*

Ni des bains sulfureux, ni des bains de mer, ni l'hydrothérapie, ni les cures dites de soustraction n'exercent la moindre influence directe contre la syphilis. Mais les bains sulfureux ont, d'après les médecins hydrologistes, une action favorisant l'élimination du mercure et appelant au dehors la syphilis latente. Je ne considérerais pas ces résultats comme un avantage, du moins directement; mais ils ont celui de faire prescrire à ces malades des cures méthodiques contre la syphilis dès que, grâce à ces bains, on a constaté l'existence de la syphilis latente.

7° *Combien de temps et combien de fois doit-on faire des traitements antisypilitiques?*

Fournier pense qu'on doit traiter les malades pendant au moins deux

ans et croit que l'on peut éviter ainsi les récidives. J'ai vu des malades guéris après une seule cure; d'autres, malgré des cures répétées, avoir toujours des récidives, et cependant procréer des enfants sains, et enfin les uns et les autres succomber à une syphilis cérébrale. Il faut donc individualiser.

En général, je conseillerai de faire le premier traitement long et énergique. Puis on renouvelle le traitement s'il survient des phénomènes syphilitiques caractéristiques. S'il n'y a aucun signe de syphilis, toute cure est inutile.

Pourquoi se battre contre des moulins à vent?

Sous ce rapport, les infiltrats cellulaires que J. Neumann a signalés autour des vaisseaux les plus fins de la peau et qui persistent longtemps après qu'une papule a disparu, peuvent motiver une nouvelle cure.

8. *Traitement local.*

Dans beaucoup de cas le traitement local a une grande importance, et c'est à lui qu'incombe le rôle principal. Dans les affections ulcéreuses du nez, du pharynx et du larynx, on n'attendra pas jusqu'à ce qu'une médication générale ait enrayé les lésions locales; car les dommages dont ils sont cause arriveraient, durant ce temps, à être irréparables.

II. — NEISSER (*Co-rapporteur*). — C'est par la statistique seulement que l'on peut arriver au but que je me propose. Il semble que, d'après les recherches actuelles, la statistique ne pourrait conduire à aucun résultat ou à presque aucun résultat utilisable: aussi certains auteurs, comme Auspitz, en ont-ils fait complètement abstraction. Et cependant je crois qu'une statistique objective dans le domaine de la syphilidologie est non seulement praticable, mais, sous certains rapports, plus facile à établir que dans d'autres branches de la médecine. L'appréciation des résultats qu'il s'agit d'établir et de comparer est exposée à des erreurs beaucoup moins fortes que dans bon nombre d'autres problèmes médicaux que l'on cherche à résoudre à l'aide de la statistique. Deux facteurs seuls ont, jusqu'à présent, empêché d'utiliser les données statistiques. Ce sont les oscillations considérables de l'évolution que présente la maladie syphilitique abandonnée à elle-même chez chaque individu. Cette différence ne permet que difficilement de juger le degré d'influence du traitement spécifique dans chaque cas. Il n'est à cela qu'un seul correctif: c'est de recueillir un nombre très considérable de faits. Si l'on opère sur des chiffres énormes, les différences de succès peuvent avoir une certaine valeur pour apprécier les méthodes employées. — L'autre facteur laisse encore mieux voir l'insuffisance des statistiques actuelles, c'est la durée de la syphilis. On sait que cette maladie se déroule pendant des années et des dizaines d'années, et on

ne peut connaître les résultats définitifs du traitement qu'après une observation portant sur une très longue période.

Ces deux facteurs réunis, mais surtout le dernier, enlèvent aux statistiques faites à l'hôpital et à la polyclinique absolument toute valeur. C'est dans la pratique privée seule que l'on peut suivre la marche ultérieure de la maladie. Mais pour établir une statistique valable, la vie d'un seul homme ne saurait suffire ; ce n'est que par des observations collectives que l'on pourrait réunir un matériel suffisant qualitativement comme quantitativement ; et l'on devrait par conséquent, autant que faire se peut, établir, pour la thérapie de la syphilis, une espèce de recherche collective (*Sammelforschung*). Celle-ci ne se bornerait pas à rassembler et à mettre en ordre le matériel déjà existant, elle serait plus qu'un travail d'ensemble ; partant de principes communs, elle dirigerait le traitement de la syphilis durant des années et des dizaines d'années d'après des principes déterminés sur lesquels on se mettrait d'accord ; on constituerait ainsi d'excellents matériaux provenant d'une longue observation et, par suite, on aurait une base statistique d'une réelle valeur. Cette statistique pourrait notamment contribuer à résoudre les questions suivantes :

1° Est-il possible d'agir par le traitement du processus primaire de la syphilis en général sur le développement de la maladie ? Dans quelle mesure peut-on y parvenir ?

2° Faut-il combattre par des remèdes la maladie constitutionnelle ou doit-on l'abandonner à elle-même ?

3° Quelle méthode de traitement faut-il adopter ?

Une première considération se présente tout d'abord à l'esprit, c'est de savoir si la pathologie de la syphilis peut nous guider dans la thérapeutique de cette affection. Déjà, il y a quelques années, j'ai fait des recherches dans ce sens. Partant de l'hypothèse que la syphilis est sans doute une maladie bactérienne, je me demandais quel serait, dans ce cas, le meilleur mode de traitement. Si rationnelle que soit cette manière de voir, et quelque indiscutables que soient les indications de traitement qu'on lui doit, il faut avouer que, dans la pratique, il reste encore bien des points obscurs. On n'arrivera à les élucider que par la connaissance exacte des micro-organismes qui occasionnent la syphilis.

On n'a pas jusqu'à présent découvert une méthode certaine de coloration permettant, par la démonstration des bacilles, de porter le diagnostic de syphilis dans des cas où, jusqu'à présent, les autres moyens de diagnostic étaient insuffisants.

De même, pour reconnaître la présence du virus dans le sang, dans les glandes, dans l'organisme en général, il faut attendre que l'on soit parvenu à démontrer, par des cultures, l'existence de germes virulents.

Mais l'impossibilité de faire des inoculations aux animaux empêchera toujours de résoudre, par la voie certaine de l'expérimentation, une série de problèmes dont l'existence est cause de l'obscurité et de l'incertitude si frappantes de nos hypothèses sur la pathologie et la thérapie de la syphilis.

En premier lieu, est-il possible, par la destruction radicale du virus, de l'affection primaire, de combattre la syphilis d'une manière radicale, avant qu'elle n'infecte l'organisme? Autrement dit, l'affection primaire de la syphilis (l'induration, la sclérose initiale, le chancre dur) est-elle le premier produit local du virus infectant, ou est-elle le premier signe de la syphilis devenue déjà constitutionnelle? On sait, d'une manière positive, que ce sont seulement chez les sujets indemnes de syphilis que l'on voit survenir, par inoculation du virus syphilitique, une induration (primaire) spécifique. Dès que l'infection a eu lieu, les tissus perdent cette propriété; il se produit une espèce d'immunité.

Il paraissait donc possible d'établir par là, d'une manière positive, le moment de l'infection de l'organisme, en essayant de provoquer encore des indurations artificielles à des intervalles déterminés après l'infection sur d'autres points du corps — le plus souvent par inoculation au porteur de la sécrétion de son chancre dur. Tant qu'on réussissait, on pouvait admettre que l'infection n'était pas encore générale. Le succès de ces deuxième inoculations était variable. Dans la plupart des cas, il ne se produisait pas de sclérose après l'inoculation; dans d'autres, il se développait une induration incontestable au point inoculé. On n'a donc pas pu en déduire une loi d'une valeur générale. On ne sait qu'une chose, c'est que parfois l'affection primaire représente une maladie purement locale.

Quant à l'excision qui constitue le second moyen tenté de résoudre le problème scientifique ci-dessus, il est à présent possible, d'après les faits publiés et mes expériences personnelles, de dire que : l'excision d'une affection primaire nettement formée ne donne pas dans la plupart des cas de résultat positif; — cependant, chez un petit nombre de malades, l'excision a préservé de la syphilis.

Parmi les faits publiés, il en est un certain nombre dont il n'y a pas lieu de tenir compte, car ils n'ont pas été observés un temps suffisant. Mais on a plus souvent encore révoqué en doute les résultats favorables de l'excision, parce qu'il n'existe aucune démonstration absolue de la nature syphilitique de l'affection vénérienne; cette objection ne me paraît pas fondée. Il est vrai que le diagnostic différentiel entre la véritable induration syphilitique et un ulcère fortement infiltré (de nature non syphilitique) peut être si difficile que le praticien le plus exercé est dans l'impossibilité de se prononcer; de plus, on ne connaît pas

suffisamment la différence histologique existant entre les processus d'infiltration syphilitique et non syphilitique, pour être à même de trancher la question dans un cas douteux ; mais il serait excessif d'admettre que, dans tous les cas où un observateur indépendant a diagnostiqué une affection primaire syphilitique et dans lesquels le malade a été guéri par excision, le diagnostic avait été erroné.

Si le nombre des insuccès est aussi considérable, cela tient :

1° A ce qu'il faut éliminer un grand nombre de cas comme n'ayant pas été opérés d'une manière assez radicale ; on voit en effet survenir, dans ces circonstances, des récidives sur la cicatrice de la plaie par excision. De ce fait il résulte, d'ailleurs, que pendant ce laps de temps la maladie n'était pas encore devenue constitutionnelle.

Souvent aussi on n'a pas tenu compte de la tuméfaction primaire des ganglions lymphatiques, dont la présence indique que le virus syphilitique émigre plus ou moins longtemps après l'infection dans les voies lymphatiques jusque dans les glandes où il provoque le même processus inflammatoire et spécifique qu'au point infecté. Il faut donc dans ces cas exciser non seulement l'induration primaire dans la peau, mais extirper en même temps ces ganglions lymphatiques.

Si l'on réfléchit, d'autre part, qu'il faut 3 à 4 semaines pour que le développement de l'induration soit très distinct, on ne s'étonnera pas que le virus ait déjà envahi d'autres régions de l'organisme, alors même que sa masse principale est encore au point infecté. Or, l'induration — et c'est le pivot de toute la question — est le premier et provisoirement le seul signe qu'un foyer vénérien d'infection est de nature syphilitique ; jusqu'au moment de son apparition, nous n'avons pas de point de repère pour diagnostiquer la nature syphilitique d'une érosion douteuse ou d'un ulcère à marche profonde. La démonstration des bactéries de la syphilis constituerait dans ce sens un progrès pour notre diagnostic. Il faut se rappeler qu'on peut encore arriver trop tard en excisant de bonne heure des indurations (peu d'heures après la constatation de la sclérose) ; Mauriac, Leloir, etc., ont publié de ces cas.

Il résulte de la grande incertitude du succès, même en enlevant l'induration de bonne heure, que les chances de réussite de l'excision sont très faibles, mais que cette opération ne reste pas toujours et partout inutile.

On devra tenter l'excision dans tous les cas où le siège local de l'induration le permet ; on y joindra naturellement suivant les cas l'extirpation des glandes.

On a employé aussi la cautérisation comme moyen abortif, celle avec le nitrate d'argent a l'inconvénient de ne pas agir assez profondément et

de déterminer des infiltrats inflammatoires très considérables; l'acide phénique concentré est préférable.

L'excision, si elle ne guérit pas toujours complètement, ne peut-elle pas, tout au moins, amener un certain affaiblissement de toute la maladie, puisque elle a permis d'enlever le foyer le plus important d'infection? Quelques auteurs, Lang notamment, l'ont pensé, mais en faisant certaines réserves car il est impossible, en raison de la différence individuelle si grande de l'évolution de la maladie, de savoir si par l'excision la syphilis a été ou non atténuée.

Dans ces derniers temps, Weissflog a essayé de détruire dans sa première voie de propagation le virus par une injection sous-cutanée de sels de mercure dans la sphère lymphatique primaire — par exemple, entre le pénis et les ganglions inguinaux. Théoriquement ces tentatives paraissent assez justifiées pour être soumises, plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, à un contrôle pratique.

Passons actuellement aux questions suivantes :

1° A quel moment doit-on commencer la cure mercurielle ?

2° Mode et durée du traitement.

3° Intensité de la médication.

En premier lieu vient la méthode dite d'expectation défendue par Zeissl et Diday; selon ces auteurs on doit abandonner la maladie à elle-même aussi longtemps que possible et traiter les malades par des mesures hygiéniques et diététiques jusqu'à l'apparition des accidents syphilitiques graves, ne guérissant pas spontanément; ce n'est que dans ce cas qu'ils conseillent le traitement mercuriel. Ils ne considèrent donc pas le mercure comme très nuisible, mais au moins comme inutile, ils préfèrent ne pas le prescrire et demandent que l'on fasse un choix de cas de syphilis dans lesquels il faut commencer le traitement mercuriel. Leur mode de traitement par l'expectation est en général long, mais la guérison est définitive dans la plupart des cas, les récidives sont moins fréquentes qu'avec le traitement mercuriel.

En opposition à cette école sont ceux pour qui le mercure est non seulement utile mais indispensable et qui traitent tous les syphilitiques sans exception. Les uns comme Fournier, Bäumlér, Mauriac, Leube, Schumacher, Jullien, Ricord, Hutchinson soutiennent qu'il faut immédiatement, dès que le diagnostic syphilis est bien établi, commencer avec la cure mercurielle pour empêcher la syphilis générale ou tout au moins pour l'atténuer autant que possible; les autres, comme Sigmund, Kaposi, Lang, Caspary, Lesser, etc., regardent l'emploi immédiat du mercure comme superflu; d'autres encore, tels que Liebermeister, Rinecker, Bockhart, etc... pensent que l'administration immédiate du mercure est nuisible. Finger ajourne autant que possible le traitement mercuriel,

mais il commence immédiatement un traitement ioduré, comme Zeissl.

1° Quel est le mode d'évolution de la syphilis quand elle est abandonnée à elle-même sans traitement? La syphilis non traitée peut guérir, c'est incontestable; mais d'autre part, elle conduit aussi plus fréquemment à des processus destructifs graves de la période tardive que si elle a été traitée. Ne savons-nous pas, en effet, que dans tous les pays où la civilisation est peu avancée, où l'absence de médecins, etc., rend le traitement impossible ou insuffisant, on observe un nombre de cas graves de syphilis plus considérable que dans les localités où existent des conditions plus favorables; à l'est de l'Allemagne, et à l'ouest de la Pologne et de la Russie les formes tertiaires sont plus fréquentes que dans l'ouest de l'Europe. Les endémies de Radeszye, de Skerlievo, de Sibbens, etc., ne sont que des accumulations considérables de cas de syphilis tertiaire dans des régions où la maladie est absolument non traitée. Il en est de même en Chine où l'on rencontre un gros contingent inconnu aux médecins européens des formes les plus graves de la syphilis.

Il faut donc, chez tout syphilitique non traité, tenir compte d'une évolution grave et de l'apparition possible de processus tertiaires destructifs.

Dans aucun cas, le mode d'évolution de la première période, ne permet de préjuger la marche ultérieure de la maladie. Les cures provocatrices, les canthérisations, les bains sulfureux ne donnent aucune indication pour décider si un malade, après le décours des symptômes secondaires, est seulement bien portant en apparence, c'est-à-dire si la syphilis est à l'état latent ou s'il est réellement bien portant.

2° Nous possédons dans le mercure un agent curatif au moyen duquel nous pouvons influencer le décours de la syphilis de la manière la plus active et la plus favorable.

Personne ne conteste que le mercure ne guérisse de la façon la plus remarquable les éruptions syphilitiques. Or, si un remède peut guérir constamment et partout avec une égale précision les symptômes d'une maladie à toutes ses périodes, ne doit-on pas logiquement lui attribuer aussi une influence sur la maladie elle-même, sur le virus, c'est-à-dire non seulement une action curative mais aussi préventive. Nous guéririons donc non seulement des symptômes de maladie, mais nous pourrions même influencer et atténuer le décours futur de cette même maladie. L'influence éminemment utile du traitement mercuriel sur l'hérédité de la syphilis prouve la justesse de ce raisonnement. C'est un argument qui devrait suffire pour justifier un traitement mercuriel énergique.

Aucun syphilitique ne peut être mis à l'abri d'accidents tardifs graves

destructifs, aussi est-il permis de dire logiquement qu'on n'a pas le droit d'enlever à un malade la possibilité d'être préservé, par un traitement mercuriel approprié, de phénomènes tardifs graves. Le mercure nous permet d'être utile aux malades, il ne faut donc pas le leur refuser, et on ne doit pas, comme le veulent les partisans de la méthode expectante, faire un choix de malades pour le traitement mercuriel, car on ne peut pronostiquer dans les premières périodes de la maladie le caractère des périodes ultérieures.

La période tardive est donc celle qui est le plus à redouter et tous nos efforts doivent tendre à mettre les malades à l'abri de cette phase de la syphilis. Le but principal de notre traitement est par conséquent : protection contre la période tardive, terminaison de la maladie avec la période jeune, transfert de la maladie non dans une période latente, mais dans une phase de guérison.

La méthode la meilleure et la plus sûre pour atteindre ces résultats est, d'après mon expérience et mes recherches personnelles, le traitement chronique intermittent préconisé par Fournier.

1° Fournier commence le traitement d'aussi bonne heure que possible; il ne croit pas empêcher ainsi la syphilis, mais il a trouvé que toute la maladie devient plus bénigne, s'atténue dans son évolution et que le traitement mercuriel ultérieur est plus facile. « Prévenir est plus facile que guérir, » dit Fournier.

Dès que le diagnostic est solidement établi par la sclérose initiale, théoriquement un traitement fait aussitôt que possible paraît le seul autorisé, tous les syphiligraphes l'admettent. Mais sur ce point il est étonnant à quel point la pratique est en opposition avec la théorie. La divergence des opinions n'est nulle part plus grande. Tandis que Fournier, Mauriac, Jullien, Schuhmacher, Bäumlér insistent de la manière la plus énergique pour ce traitement précoce, il est d'autre part, non moins énergiquement combattu par Sigmund, Zeissl, Kaposi, Rinecker, Bockhardt, Liebermeister, Caspary, Lesser, Finger, Diday, Bassereau, Morrow, Sturgis, etc. Quelques-uns même le tiennent non seulement pour superflu, mais même pour nuisible.

Deux conditions me paraissent militer en faveur du traitement fait de bonne heure. Diday a publié une statistique sur un grand nombre de cas qui ont été traités les uns, d'aussi bonne heure que possible, les autres, seulement dans la période secondaire. Cette statistique ne fut close qu'après une observation de plusieurs années. Elle donna un résultat assez semblable pour les deux méthodes, de sorte que si l'on doit conclure d'après ce petit nombre de cas, on ne peut en tirer absolument aucune conséquence contre le traitement précoce.

2° D'après Fournier, la syphilis a d'ordinaire une marche plus grave

chez les femmes que chez les hommes. De plus, chez les femmes, par des raisons faciles à comprendre, la syphilis n'est souvent reconnue et par conséquent traitée qu'à la période secondaire. De ces deux circonstances, il est peut-être permis de conclure que la marche plus grave de la syphilis chez la femme doit être attribuée précisément à ce que la thérapie est intervenue trop tard. En Allemagne, on n'observe pas en général cette différence dans la marche de la syphilis chez les hommes : cela tient sans doute à ce que chez nous la plupart des médecins appartiennent à l'école de Vienne et sont par suite partisans du traitement tardif, il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la maladie présente la même gravité chez les hommes et les femmes.

Malgré tout, la question de savoir s'il est préférable de commencer immédiatement le traitement spécifique ou s'il faut attendre l'apparition des phénomènes secondaires, reste encore ouverte.

Ce qui est plus important, ce sont les deux points suivants du programme de Fournier :

Le traitement doit durer 2 à 4 ans, sans avoir égard à la présence ou à l'absence de symptômes. On a contesté ce dernier point. Mais aucun médecin ne permettrait à un syphilitique de se marier durant cette période; or, si l'on voit des inconvénients pour la femme et les enfants, pourquoi n'intervient-on pas chez le syphilitique lui-même? Le plus souvent on ne peut fournir la preuve que la maladie existe encore, puisqu'elle est latente, d'un autre côté on ne peut absolument pas prouver que le malade soit en réalité complètement guéri. Comme l'a si judicieusement dit Fournier, toute maladie chronique exige un traitement chronique. Ajoutons aussi qu'un traitement mercuriel prolongé est tout à fait sans danger. Le traitement tel qu'il est indiqué par l'école de Vienne a, comme principe fondamental supérieur, une étude très attentive de chaque malade; à l'exception des cas dans lesquels il est survenu des troubles de la fonction rénale, etc., on a reconnu l'innocuité de cette médication. L'examen du sang n'a donné aucun résultat certain pour apprécier si l'action du mercure est nuisible ou utile. Pour l'hémoglobine et le nombre des corpuscules rouges, les opinions sont contradictoires.

Trois méthodes de traitement sont en présence :

Quelques auteurs recommandent d'administrer chaque jour, pendant plusieurs mois, de faibles doses, de 1 à 2 milligrammes (Heyes). Unna conseille pour les cas les plus légers une cure prolongée sous forme d'applications d'emplâtres mercuriels, et Bergh une méthode analogue pour les injections sous cutanées.

Fournier, au contraire, est partisan du traitement intermittent, car l'action énergique du mercure contre la syphilis s'émousse par un

usage continu. On observe, en effet, que dans des syphilis graves il n'y a souvent aucune tendance à la guérison, malgré la continuation de la cure. Si l'on interrompt le traitement et qu'on le reprenne ensuite, on voit alors disparaître rapidement les phénomènes morbides.

A un autre point de vue, on peut encore recommander le traitement intermittent. Finger a montré que, dans la syphilis abandonnée à elle-même, les récidives reviennent d'ordinaire dans un certain cycle (d'environ 3 mois); on est par conséquent autorisé à employer des cures intermittentes contre ces récidives intermittentes.

Fournier emploie en général le mercure à l'intérieur, en doses moyennes de protoiodure, une des préparations mercurielles relativement les plus faibles et les plus incertaines; c'est une de ces préparations qui ont besoin d'une décomposition ultérieure dans l'intestin et dont une ou plus ou moins grande partie n'est pas résorbée. Il est en général très bien supporté, précisément parce qu'il est donné à petites doses. Je partage l'opinion de Fournier sur la nécessité d'un traitement intermittent, mais j'insiste sur des cures énergiques alternant avec des cures plus douces. Je suis convaincu que l'énergie du traitement, c'est-à-dire d'un traitement faisant pénétrer dans un temps relativement court une grande quantité de mercure dans l'organisme, a une action très salutaire. Par exemple les syphilides papuleuses de la peau qui guérissent difficilement, les iritis, même les accidents tertiaires présentent avec une médication énergique une toute autre tendance à la guérison que que si on ne les traitait pendant longtemps qu'avec des doses faibles et moyennes de mercure.

Dans ces dernières années on s'est habitué à considérer la rapidité d'élimination du mercure comme la mesure du degré de son efficacité. Köbner l'a formulé dans cette proposition : la rapidité d'élimination des préparations mercurielles est en général en proportion inverse de leur action curative. Je ne crois pas que, d'après la rapidité d'élimination de quelques sels de mercure, on puisse, comme l'a fait récemment Bockhart, dresser un tableau de leur efficacité, car avec nos méthodes actuelles, on ne peut arriver qu'à une détermination qualitative. Une comparaison quantitative de la présence du mercure dans les différentes méthodes de traitement est d'autant moins possible que les procédés actuels permettent de reconnaître la plus minime quantité de mercure dans l'urine et dans les matières fécales; après le commencement de la cure, le mercure apparaît dans l'urine et malgré la différence des traitements le résultat de l'analyse est presque identique.

On ne peut pas apprécier le quantum du dépôt mercuriel, car nous ne savons pas si tout le mercure contenu dans l'urine est reconnu par les méthodes de démonstration, ou si, pendant la manipulation chi-

mique, le mercure n'a pas disparu par évaporation. On devrait, en outre, dans chaque cas, examiner toutes les sécrétions et entreprendre enfin ces recherches sur un grand nombre de malades ; les différences individuelles sont énormes ; souvent, elles représentent des écarts plus considérables que ceux qu'on observe avec l'emploi de préparations mercurielles différentes chez plusieurs personnes.

Il est impossible de porter dès aujourd'hui un jugement définitif, quoique nous puissions accepter, en général, la proposition de Köbner. On s'explique, en effet, que tous les sels de mercure, introduits dissous d'avance dans l'organisme et restant dissous de par leurs propriétés chimiques, traversent plus rapidement l'organisme et sont éliminés plus vite que les préparations mercurielles que l'organisme doit, pour ainsi dire, transformer avant de les absorber : l'expérience clinique paraît confirmer l'opinion de Köbner.

Toutefois, si nous comparons les sels de mercure (bicyanure, formamide, etc.) introduits par injection dans le corps avec ceux qui pénètrent par friction, nous mettons en présence des choses hétérogènes. La dose moyenne du sel de mercure injecté est de 1 centigramme, elle est plus faible certainement que la proportion de mercure introduite par friction, et on peut se demander si des injections plus concentrées, malgré leur élimination plus rapide, ne donneraient pas des résultats cliniques meilleurs pour des cas déterminés que des cures de frictions. Mais l'intestin et les reins supporteraient-ils cette rapidité d'élimination ?

Suivant les cas, nous ne devons pas recommander un remède unique ni même une méthode unique pour le traitement de la syphilis, notre choix pouvant être modifié par les circonstances les plus diverses.

Telles sont :

1° Les propriétés chimico-physiologiques du médicament lui-même, resté à l'état soluble dans la lymphe du corps, la plus ou moins grande rapidité d'élimination.

2° Le degré de réaction de l'organe choisi pour l'administration du mercure. Tous les malades ne supportent pas les frictions, par suite de l'irritabilité de leur peau ; d'autres, en raison de l'état de leur estomac ou de leur intestin, ne tolèrent pas l'usage interne des sels de mercure ; abstraction faite de ces deux conditions anormales ou pathologiques, on peut se demander si une cure énergique par le calomel à l'intérieur (d'après Liebermeister), n'est pas contre-indiquée en toutes circonstances et chez tous les hommes en raison de ses effets accessoires ?

3° Voulons-nous une action momentanée aussi énergique que possible, ou une action prolongée, autrement dit une action mercurielle aussi longue que possible ?

4° En outre, il faut prendre en considération, comme point de départ,

l'influence régionale considérable qu'exerce une préparation mercurielle (abstraction faite de son action générale), spécialement au point et dans le voisinage de son application. Dans ces dernières années, Köbner a, avec raison, appelé notre attention sur cette considération ; je crois que, pour le traitement général, il faut en tenir compte plus qu'on ne l'a fait jusqu'à présent ; cet auteur a démontré que dans le traitement des glandes le mode de médication précité était tout particulièrement utile.

En résumé :

1° Le traitement (qu'on le commence immédiatement ou seulement lors de l'apparition des symptômes généraux) doit être chronique et intermittent.

2° La première cure a une importance spéciale : Bockhart a récemment encore soutenu la même opinion. Cette première cure doit être aussi énergique que possible, il faut faire les frictions avec soin et les continuer longtemps. Je crois également utile, d'après des essais répétés, les injections de calomel. Pour la syphilis infantile, l'emplâtre mercuriel d'Unna est le meilleur remède.

3° Outre cette première cure, il faut, dans la première, la deuxième, la troisième et, quand cela est possible, dans la quatrième année, faire une autre cure énergique, autant que possible avec des traitements auxiliaires, tels que bains, eaux minérales, cures de sudation.

4° Outre ces cures principales, il faut conseiller, dans les deux premières années des cures plus douces : injections avec des sels de mercure s'éliminant rapidement ; à l'intérieur, tannate de mercure ; protoiodure, sublimé dans du lait.

5° Il faut continuer ces cures, même après la disparition de tous les symptômes, en tenant grand compte de la constitution du malade, d'une part, et de l'autre, des récidives qui peuvent exiger une nouvelle intervention.

6° Pour l'action régionale, on pourra, pour chaque cas, utiliser toutes les méthodes de traitement : cutanée, sous-cutanée, interne ; c'est ainsi qu'on atteindra le plus sûrement toute la surface du corps et les ganglions lymphatiques, que l'on regarde comme les dépôts principaux du virus syphilitique. Les ganglions apparents se trouvent surtout bien de frictions locales.

7° Il faut faire le traitement local de toutes les éruptions syphilitiques non seulement au point de vue de la guérison locale, mais encore au point de vue du traitement général. Car tout processus local représente, surtout dans la période jeune, un foyer virulent, d'où peut avoir lieu une nouvelle diffusion du virus.

Les intervalles entre les cures ont une importance tout à fait spéciale. Si l'on supprime ces pauses, on est exposé à voir fréquemment survenir

ces cas graves, que l'on doit rapporter à un excès de traitement mercuriel. Car, en dehors même de la syphilis galopante, qui ordinairement n'est soumise au traitement mercuriel qu'après une évolution de quelque durée, il y a aussi des malades atteints de formes moins malignes qui, par la continuation incessante de cures forcées, sont souvent mis en danger de la façon la plus grave.

Ce traitement, fondé scientifiquement, peut-il être pratiquement exécuté ?

Selon moi, il est souvent plus difficile d'empêcher les malades de faire trop de cures que de leur faire suivre les traitements nécessaires. La faculté de transmission qui existe chez les personnes guéries en apparence, et qui est un fait bien connu, est toujours pour les gens du monde un argument plausible — il devrait l'être aussi pour les médecins — pour les convaincre de l'état latent de la maladie et, par conséquent, de la nécessité de cures successives. Si les médecins voulaient d'avance dire au malade le pronostic vrai, ils faciliteraient notablement leur tâche et procureraient moins de malades aux spécialistes. Ils promettent en général la guérison après une seule cure, et oublient que, au bout de quelques semaines, les récurrences inévitables effraient le malade et enlèvent sa confiance au médecin qui a mal prophétisé. En ce qui me concerne, j'explique à chaque malade que, pendant environ deux ans, les symptômes de la période jeune reviendront, même malgré le traitement, mais que ce traitement est nécessaire pour sa santé ultérieure, et jamais un malade ne m'a quitté pour ces déclarations.

Les exigences sociales du malade ont aussi une importance dont le médecin doit tenir compte pour le traitement. Si je fais des concessions possibles sous ce rapport, j'insiste, d'autre part, pour les cures principales, surtout pour la première, d'autant plus que jusqu'à présent il fallait tenir compte des cures par les frictions. Mais, précisément dans ces circonstances, certaines stations thermales ont leur importance spéciale. Pour les personnes venant à la consultation, il était nécessaire de chercher des traitements ne dérangeant pas les malades et qui fussent en même temps énergiques ; les injections de calomel remplissent complètement ces deux indications.

Les traitements par les bains et les eaux minérales, et même les decoctions de bois sudorifiques, ne sont que des moyens auxiliaires du traitement mercuriel. Ces agents, outre leur action reconstituante et leur influence favorable sur les échanges nutritifs, doivent leur réputation à l'action qu'ils exercent sur l'absorption et l'élimination du mercure. L'absorption d'une grande quantité de chlorure de sodium, par exemple, favorise la transformation chimique rapide, en sels mercuriels solubles, du mercure, qui est prescrit à l'état de calomel, c'est-à-dire sous une forme

composée, ou en frictions; les bains sulfureux, d'autre part, paraissent, d'après les recherches actuelles, augmenter la rapidité d'élimination du mercure. Quant aux cures de sudation, il est encore impossible de porter un jugement sur leur valeur comme moyen auxiliaire du traitement spécifique. Les uns pensent que la sécrétion abondante de la sueur est plutôt un obstacle à l'introduction du mercure dans le traitement par les frictions, tandis que d'autres soutiennent qu'une production abondante de sueur, contenant du chlorure de sodium, favorise la transformation du mercure métallique en chlorure. L'influence des bains n'est pas moins discutée. Bien des points restent à éclaircir; mais jamais ces cures auxiliaires ne peuvent remplacer le traitement mercuriel.

L'iode a une action spécifique incontestable sur la période tardive de la syphilis, sur les formes gommeuses notamment. Il faut cependant faire remarquer expressément ici que le mercure n'est pas superflu, même à cette période. Puisque nous pensons que l'on doit considérer les produits gommeux comme la conséquence du virus syphilitique — quoique je ne méconnaisse pas que, actuellement, il soit impossible de démontrer cette opinion, surtout après les expériences négatives d'inoculation de Finger avec la sécrétion d'ulcération gommeuse — il faut tenir compte, dans cette période, non seulement du produit morbide et le traiter avec l'iode, mais aussi de la maladie elle-même. Il faut donc combiner le traitement iodé avec le traitement mercuriel, ou, après la guérison du processus local par l'iode, instituer consécutivement un traitement mercuriel pour la syphilis qui existe toujours à ce moment.

Le mode d'administration de l'iodure joue un rôle considérable; je conseille de l'employer dissous dans une grande quantité de lait. On neutralise ainsi l'amaigrissement produit par l'iodure de potassium. Bon nombre de personnes qui supportaient mal des doses relativement faibles d'iodure, tolèrent, dans ces conditions, le remède sans les plus légers inconvénients. Ce résultat favorable ne tient pas à ce que l'iode n'est pas absorbé, ainsi qu'on peut le constater par l'examen des sécrétions : salive et urine.

Ce fait s'explique d'après les raisons chimico-physiologiques qui ont été présentées par Rhömann et Ehrlich, sur la tolérance spéciale des sels d'iode avec l'administration simultanée du lait, et j'ai administré à l'occasion d'autres traitements d'après le procédé de Haslund, jusqu'à 27 grammes par jour d'iodure de potassium à des psoriasiques, sans avoir pu remarquer le plus léger trouble subjectif ou objectif.

L'iodoforme mérite une place à part. Il séjourne plus longtemps dans l'organisme et par conséquent il faut tenir compte de son accumulation. Comme mode d'application, je conseille l'injection sous-cutanée, soit sous forme de solutions éthérées, soit d'émulsions. Les pilules kéra-

tinées d'iodoforme d'Unna provoquent souvent dans l'estomac des phénomènes désagréables, ou bien ne sont pas dissoutes complètement dans l'intestin grêle.

L'iode est indispensable pour les périodes tardives, mais il donne par contre peu de résultats dans les phases jeunes de la syphilis; je le considère donc alors comme tout à fait superflu. Quelques auteurs disent en avoir obtenu de bons résultats dans les formes tardives de la période jeune. Je ne suis pas renseigné sur ce point. L'iode rend toutefois des services inappréciables pour un seul groupe de symptômes de la période syphilitique précoce, ce sont ces douleurs névralgiformes qui surviennent parfois aussi dans une forme diffuse et qui sont habituellement liées à des périostites légères, circonscrites (céphalée, pleurodynie, etc.). Contre ces accidents, quelquefois très violents, l'iode est en réalité un agent palliatif remarquable.

III. — *Schuster*. — Le professeur Kaposi s'appuie sur les recherches de Vajda et Paschkis d'après lesquelles le mercure pouvait rester pendant des années dans l'organisme. Il fait en outre remarquer que si le mercure séjourne longtemps dans l'économie, il sera d'autant plus actif contre le virus syphilitique et il insiste en conséquence sur l'importance de la cure par les frictions. L'auteur a déjà démontré le manque de justesse de l'opinion de Vajda et Paschkis sur la durée de l'élimination du mercure. Ces auteurs avaient dit que le mercure était éliminé d'une manière intermittente par l'urine, parce qu'on ne l'y trouvait pas toujours. Schuster arriva aux mêmes résultats; toutefois supposant que d'après la nature et le mode d'incorporation du mercure ce métal devait être sûrement éliminé, bien qu'il ne le trouvât pas dans l'urine, il le rechercha dans les matières fécales et dès 1882 il démontra par une série d'expériences de ce genre la constance de l'élimination du mercure. Au début, il crut donc que l'élimination du mercure se faisait d'une manière régulière par les matières fécales et inconstante par l'urine. Mais de nouvelles recherches sur l'urine et une meilleure méthode d'investigation lui ont appris que très souvent on peut reconnaître de grandes quantités de mercure dans l'urine. Dans quelques cas où il faisait examiner les matières fécales de 15 en 15 jours il a réussi à constater très nettement la présence du mercure cinq mois après la cure; il est aussi parvenu dans quelques cas à retrouver le mercure jusqu'après 6 mois à la suite de cures qui avaient duré de 30 à 45 jours. Par contre il n'est plus arrivé à déceler le mercure dans l'urine et les matières fécales, 8, 10 et 12 mois après le traitement spécifique. On peut conclure de ces recherches (voir aussi les travaux de Wolff et Nega): 1° que l'élimination du mercure se fait chaque jour par l'urine; 2° qu'elle n'a pas lieu indéfiniment.

En somme, l'auteur se croit autorisé à dire qu'après des cures ordinaires l'élimination du mercure est terminée au bout de 6 à 8 mois.

L'école de Vienne prétend que l'on a retrouvé le mercure dans l'urine 7 ans, et dans un cas 13 ans après l'administration de ce métal. L'auteur pense que le mercure qui a été constaté dans ces cas n'est pas du mercure qui serait resté 7 à 13 ans dans l'organisme, mais du mercure qui aurait été inhalé par des individus ayant séjourné d'une manière passive de 7 à 13 jours dans la clinique de Sigmund. Il lui est impossible de démontrer ce dernier point d'une façon positive ; la manière et le mode suivant lesquels ses malades inhalaient l'air contenant le mercure n'étaient pas tels qu'on aurait pu en obtenir une démonstration péremptoire des phénomènes. Il n'avait pas à sa disposition les chambres de malades appropriés. Mais on a dans ces derniers temps fourni cette preuve. Gerhardt et Muller ont en effet démontré que chez des malades non syphilitiques, indemnes de mercure, placés dans la clinique syphilitique et y respirant l'air imprégné des vapeurs mercurielles, on trouva d'une manière incontestable du mercure dans les matières fécales et dans l'urine, non au bout de 2 à 3 jours, mais 6 jours après avoir inhalé cet air. En présence de cette démonstration, il est certain que le mercure que l'on a trouvé dans des chambres de malades à Vienne, chez des sujets qui, sans avoir pris du mercure, avaient habité avec ceux qui suivaient un traitement par les frictions n'était pas dans le corps depuis 7 à 13 ans, mais avait été aspiré récemment pendant leur séjour à l'hôpital.

Ce fait a une grande importance. Tout d'abord il ne faut pas oublier que d'après les recherches de l'auteur l'élimination du mercure est terminée ordinairement après 6 mois. Dans les premières semaines après la cure, on trouve de grandes quantités de mercure ; peu à peu la proportion diminue, enfin elle doit devenir très faible et disparaître entièrement. D'après les recherches postérieures de Schuster sur le temps qui s'écoule entre la première apparition d'accidents syphilitiques et celle d'une récidive, il appert que celui-ci coïncide presque avec le moment où l'élimination du mercure touche à sa fin. On doit donc se rallier au traitement intermittent. En résumé après avoir imprégné l'organisme de mercure et attendu le temps où l'élimination arrive à son terme, il faut reprendre le traitement. Il importe alors de faire de nouveau l'examen des matières fécales et de l'urine. Toutefois il y a aussi des cas dans lesquels on a employé pendant longtemps des frictions mercurielles sans que les phénomènes morbides disparaissent ; mais d'autre part les malades ne présentent pas de symptômes mercuriels. Il faut dans ces conditions examiner l'urine et les matières fécales, voir si le malade est saturé de mercure, ou bien plutôt s'il n'en a pas passé du tout ou seulement de petites quantités dans l'organisme, en somme, par conséquent, décider d'après cette constata-

tion s'il y a lieu d'interrompre le traitement, ou, au contraire, de le rendre plus actif.

IV. — *Weber* (New-York). — Les médecins américains reconnaissent la grande importance d'un traitement rationnel énergique et longtemps continué de la syphilis ; ils traitent les accidents de la période jeune avec le mercure et l'iodure de mercure et les accidents tardifs surtout avec des préparations iodées. La majorité des médecins américains n'attend pas l'apparition complète de la syphilis, mais commence le traitement général dès qu'on a constaté, d'une manière certaine, l'induration de l'ulcère initial et la tuméfaction ganglionnaire. Le remède le plus en usage est l'iodure de mercure que l'on administre, en général, sous forme de pilules, d'après la méthode de Keyes et autres, 1 an et demi à 2 ans et plus avec des interruptions convenables. Bon nombre d'entre eux emploient les pilules de sublimé, qu'ils donnent pendant longtemps, jusqu'à la disparition des symptômes ou la guérison de la syphilis. On prescrit l'iodure de potassium ou de sodium dans les formes jeunes, durant les intermittences de la médication mercurielle ; beaucoup de médecins l'ordonnent en même temps que le sublimé en solution aqueuse dans les récidives des formes jeunes, et l'expérience enseigne qu'il y a une série de cas dans lesquels les lésions rebelles de la peau et des muqueuses cèdent mieux au traitement mixte qu'au mercure et à l'iodure employés seuls. Un petit nombre de médecins, dont l'auteur fait partie, prescrivent les frictions avec l'onguent napolitain suivant la méthode de Sigmund. Weber insiste principalement sur ce que dans ces dix dernières années les résultats qu'il a obtenus avec les frictions ont été infiniment meilleurs et plus durables que ceux qu'il avait autrefois en administrant le mercure à l'intérieur.

Les injections sous-cutanées de mercure sont peu utilisées en Amérique ; cependant quelques médecins les emploient systématiquement et les prônent. Dans les accidents tardifs de la syphilis, exigeant une intervention rapide et énergique, on ordonne l'iodure de potassium ou de sodium à doses rapidement croissantes, jusqu'à 20 grammes et plus par jour ; cette méthode compte toutefois jusqu'à présent peu de partisans.

V. — *Ziemssen* (Munich). — A l'hôpital de Munich, on emploie aujourd'hui de préférence les injections de peptonate de mercure et avec des résultats satisfaisants. Dans sa division où l'on reçoit principalement des formes tardives de la syphilis, il emploie presque exclusivement le cyanure de mercure et, tout comme dans sa clientèle privée, il en a obtenu de bons résultats. Les frictions sont certainement la méthode la plus sûre ; mais en raison de leur rapidité d'action et de la simplicité du procédé, les injections représentent une méthode qui se recommande spécialement.

Dans les formes tardives le traitement mixte lui paraît préférable au mercure seul.

Ziemssen (Wiesbaden). — On considère en général actuellement la syphilis comme une maladie bactérienne ; il faut, par conséquent, tuer le bacille ou modifier le terrain, autrement dit l'organisme, de manière à amener la mort du bacille. Il regarde les intermittences dans le traitement (*Fournier*) comme n'étant ni pratiques, ni logiquement fondées. Ou la maladie n'est pas guérie, et il n'y a pas lieu à des intermissions, mais au contraire à continuer la médication anti-bactérienne ; ou la syphilis est guérie, et il n'y a alors aucune raison de reprendre la cure avant qu'une récurrence vienne révéler la persistance de la maladie. Un retour de la syphilis prouve seulement que la cure précédente n'a été ni assez longue ni assez énergique.

L'auteur est partisan des frictions mercurielles, 5, 10 et 15 grammes par jour, continuées pendant très longtemps.

Il faut, à la médication générale, joindre le traitement local simultané des divers symptômes, c'est-à-dire non seulement une intervention chirurgicale, mais, par exemple, une cure de climat dans la syphilis pulmonaire, le courant constant dans le tabes spécifique et dans la syphilis cérébrale.

Leube (Wurzburg). — Le traitement précoce de la syphilis avant l'apparition des accidents secondaires lui a donné, d'après une expérience de 13 ans, des résultats absolument satisfaisants.

Edlessen (Kiel). — Partage l'opinion de *Leube* ; il commence le traitement dès que le diagnostic est établi d'une manière positive. Selon cet auteur les injections sous-cutanées des diverses préparations mercurielles (ayant tout du formamide de mercure) amènent la disparition rapide des symptômes syphilitiques, mais elles paraissent toutefois préserver moins des récurrences que les cures des frictions. Les injections de calomel sont, d'après les observations de *Neisser*, le mode de traitement dont l'efficacité se rapproche le plus de celle des frictions. L'auteur conseille une grande prudence dans l'administration de l'iodure de potassium à très hautes doses, car la tolérance pour les préparations iodées est très variable. De faibles doses produisent parfois, en effet, un catarrhe laryngien intense avec des phénomènes si redoutables de sténose qu'on peut se demander si la trachéotomie ne serait pas nécessaire.

Baumler (Freiburg). — Est d'avis qu'il faut conseiller le traitement préventif, dès que l'on est fixé d'une manière positive sur la nature sy-

philitique de la lésion primaire. Il n'est pas partisan des fortes doses d'iodure de potassium; il croit qu'il faut s'en tenir aux petites doses et ne les augmenter graduellement que si elles paraissent insuffisantes. Quel que soit le traitement spécifique, il doit toujours être accompagné d'une alimentation reconstituante.

Doutrelepoint. — Cet auteur n'emploie pas d'ordinaire la cure préventive; elle ne prévient pas l'apparition des accidents secondaires, et si ces derniers manquent, il a observé très tardivement des formes tertiaires graves. Avec les lésions primaires, il ne prescrit le mercure que localement, et il donne l'iodure de potassium à l'intérieur. Il n'a que rarement fait l'excision de la sclérose, parce que, dans la plupart des cas, on voit les malades trop tard. Toutes les injections qu'il a employées lui ont donné de bons résultats; il n'en est aucune qui lui paraisse mériter la préférence. Elles sont toutes plus ou moins douloureuses. La simple solution de sublimé proposée par Lewin est très bien supportée par les malades. L'iodure de potassium n'agit bien que dans la syphilis tertiaire, parfois même mieux que le mercure.

Schuhmacher s'élève contre les traitements intermittents. Il est possible qu'après la première cure la syphilis soit guérie. De plus, pour la syphilis tardive, il est impossible de dire que tous les accidents aient disparu, de dire, pour la maladie syphilitique du système nerveux central, jusqu'à quel point s'étend la dégénérescence spécifique. Il conseille donc de renouveler le traitement, à peu près dans l'espace d'un an. De plus, il faut faire une nouvelle cure, alors même qu'il n'existe pas de symptômes, dès que le malade veut se marier.

Kaposi dit qu'il ne distingue pas seulement des chancres durs et des chancres mous, comme l'a prétendu Neisser. Outre le chancre dur, qui a souvent pour conséquence la syphilis, et le chancre mou, qui est rarement suivi de syphilis, il existe encore une série de lésions primaires qui n'ont ni le type du chancre dur ni celui du chancre mou, et qui tantôt sont suivies de syphilis, tantôt non. Il faut aussi tenir compte des faits présentés par lui et Böck, prouvant que des scléroses typiques surviennent sans syphilis consécutive.

Comme résultats de la discussion, *Kaposi* signale deux points :

1° Tout le monde est d'accord que les frictions sont le moyen par excellence contre la syphilis;

2° On n'a jamais un motif de rester les bras croisés en face de la syphilis; on a toujours à sa disposition des moyens de combattre cette maladie avec succès.

V.—*Neumann*. — Pour juger de l'influence d'une cure préventive sur la syphilis, Neumann a institué dans sa clinique une série d'expériences. Il a fait commencer les frictions en tenant compte préalablement du jour de l'infection et des phénomènes locaux. Il pouvait ainsi apprécier exactement l'influence du traitement tout d'abord sur l'affection primaire, sur l'apparition de l'engorgement ganglionnaire, et enfin sur les syphilides cutanées et muqueuses.

Dans un cas, ce n'est que le 118^e jour (à partir du moment de l'infection) qu'il trouva, outre la tuméfaction des ganglions cubitaux, des papules sur les amygdales et l'arc glosso-palatin et quelques taches pâles de la dimension d'une lentille sur le tronc, bien que jusque-là 55 frictions eussent été faites. L'éruption fut donc retardée ici de plus de deux mois. Dans un second cas, ce n'est que le 151^e jour qu'il survint, outre l'engorgement des ganglions cubitaux, des papules sur les amygdales, quoique jusqu'à ce moment le malade eût fait 80 frictions. Dans un troisième cas, le 123^e jour, après 32 frictions, papules amygdaliennes; dans un quatrième cas, après 33 frictions, il observa, au 222^e jour, des papules sur les organes génitaux et sur les amygdales, et quelques jours plus tard des papules sur le tronc. Dans deux autres cas, au 117^e jour, après 55 frictions, et au 121^e jour, après 47 frictions, il se produisit une rougeur circonscrite sur les piliers du voile du palais avec dépôt blanc grisâtre.

Il signale, en outre, un cas où, au 130^e jour, après 25 frictions, survinrent des papules sur les amygdales, dans le sillon coronaire et du psoriasis palmaire et plantaire. Un autre malade, qui avait fait 35 injections, eut deux ans plus tard une syphilide papuleuse en groupes. Enfin, un malade traité par 83 frictions de la décoction de Zitimann, et auquel on avait auparavant enlevé la sclérose et les ganglions lymphatiques, vit, malgré toutes ces précautions, apparaître six mois après des papules confluentes sur les amygdales et le voile du palais, un engorgement de tous les ganglions lymphatiques et une roséole annulaire.

Dans dix-neuf autres cas :

Le temps le plus court entre l'infection et le commencement de la cure a été de.....	20 jours
Le temps le plus long de.....	56
La moyenne de.....	35 à 40
L'engorgement des glandes cubitales survint :	
Le plus tôt, le.....	51
Le plus tard, le.....	66
Le plus petit nombre de frictions a été.....	19
Le plus grand —	83
La moyenne relativement la plus fréquente.....	30 à 50 jours

Jusqu'à présent on n'a observé d'accidents secondaires que dans neuf cas ; chez les autres, le résultat est inconnu ou négatif au moment du départ des malades.

L'apparition des phénomènes secondaires a eu lieu du 120^e au 150^e jour.

Chez tous, plaques muqueuses des amygdales ; dans quatre cas des exanthèmes ; dans deux cas des papules aux organes génitaux ; dans un cas psoriasis palmaire et plantaire.

Quelques circonstances contrecarrèrent l'exécution de cette cure préventive. Tout d'abord, la nécessité de faire un trop grand nombre de frictions pour combattre les exanthèmes cutanés. On n'administre pas facilement cette quantité de mercure sans provoquer la salivation, et il n'est pas toujours possible de l'empêcher avec les soins hygiéniques les plus minutieux. En outre, ces fortes doses ne sont pas toujours supportées, elles sont même nuisibles chez les sujets délicats ; enfin, comme l'apparition de l'exanthème est retardée de plusieurs mois, le malade est obligé de prolonger son séjour à l'hôpital, ce qui n'est pas un avantage. Relativement aux ganglions lymphatiques, les frictions préventives empêchent leur tuméfaction, l'affection primaire perd sa dureté dans les premières semaines, les phimosis durs entrent plus rapidement en régression, mais on ne met pas obstacle à la syphilis constitutionnelle.

En résumé, dit Neumann, un traitement général précoce n'est pas à même d'étouffer la syphilis dans ses germes, c'est-à-dire sans que plus tard on voie jamais survenir un symptôme ; en tout cas, l'apparition de l'exanthème est, chez quelques individus, retardée d'environ soixante-douze jours et même plus.

Tous les succès de la cure préventive sont éphémères, la syphilis suit sa marche irrésistible ; sa localisation seule est modifiée. Sans frictions préventives, l'exanthème cutané et l'engorgement ganglionnaire prédominent ; après la cure préventive, c'est surtout la muqueuse buccale et pharyngienne, particulièrement celle des lèvres et de la langue qui, malgré les soins de la bouche les plus attentifs, est le siège de papules.

Par contre, l'influence sur l'affection primaire et sur les ganglions lymphatiques est des plus marquée ; le mercure introduit par les frictions arrive dans les glandes. On admet, en outre, que les frictions préventives atténuent la syphilis. Le bénéfice de cette cure est, en somme, très faible. Pour cette atténuation, beaucoup d'autres facteurs sont nécessaires : la constitution, les conditions de nutrition, le genre de vie. D'autre part, chez les sujets sains, menant une vie régulière, la syphilis paraît d'ordinaire moins intense que chez les individus scrofuleux, cachectiques, ainsi que chez ceux qui vivent dans des habita-

tions malsaines, chez les ivrognes. L'absence de symptômes tertiaires, de maladies organiques graves permettrait seule de juger de la valeur des cures préventives. Enfin, il faut encore tenir compte des cas dans lesquels la cure préventive ne protège pas contre la syphilis constitutionnelle, dans lesquels où, même après un à deux ans, aucun de ces accidents, qui apparaissent après des frictions dans la syphilis déjà floride, n'est survenu. Les cures préventives n'ont pas d'autre résultat que d'imprimer à la syphilis une marche irrégulière; les malades n'ont obtenu ainsi que pour peu de temps un succès apparent. Elles n'ont aucune influence sur la nature de la maladie. Il faut restreindre le traitement préventif au cas où la sclérose est accompagnée de phimos, de gangrène et de destructions considérables.

La meilleure méthode pour la cure préventive sont les frictions; elles sont même de beaucoup préférables aux injections de calomel. Les injections de formamide de mercure dans les ganglions inguinaux sont douloureuses, mais ne protègent pas non plus contre la syphilis.

Traitement de la syphilis par l'expectation. — Dans un tableau synoptique portant sur quatorze cas, nous trouvons :

1^o Relativement aux récidives :

Que, dans huit cas, la récidive est survenue :

1 fois après	4 ans
—	3 mois.
—	4 ans
—	3 ans et 9 mois
—	6 mois
—	10 mois
—	13 ans
—	7 mois

2^o Quant aux accidents tertiaires, ils se produisirent dans trois cas.

Le temps pendant lequel le malade resta sans traitement fut :

Dans 1 cas	13 ans après l'infection
—	46 mois
—	2 ans
—	11 mois
—	10 mois
—	9 mois
—	7 mois

Dans 2 cas 6 mois après l'infection.

Chez ces malades, traités par la méthode expectante, il survint des accidents syphilitiques graves.

Le résultat général de ces observations est le suivant. La maladie

peut, dans des conditions hygiéniques avorables, évoluer, par exception, spontanément dans un laps de temps qu'il est impossible de déterminer d'avance.

Il y a beaucoup de malades qui, atteints de syphilis pendant des mois et des années, vaquent à leurs occupations, sans savoir qu'ils sont malades.

L'auteur a suivi cette méthode sur un petit nombre de malades pour l'enseignement clinique; le traitement hydrothérapique et l'usage de la salsepareille agissent dans le même sens; chez tous la disparition de l'exanthème ne s'effectue que très lentement. Même au bout de dix mois, la roséole persistait encore, ou du moins la teinte rouge clair de l'éruption était remplacée par une pigmentation plus brune, il existait des efflorescences annulaires de nuances plus ou moins foncées qui dénotent toujours une marche chronique de la syphilis. En outre, la muqueuse de la cavité buccale, ainsi que celle des organes génitaux chez la femme, et les plis de l'anus sont, avec le traitement indifférent, le siège de papules qui, dans des conditions défavorables, font une saillie considérable au-dessus du niveau des parties environnantes, sécrètent abondamment, et par conséquent érodent les parties adjacentes et amènent la formation de nouvelles efflorescences. L'engorgement ganglionnaire ne diminue pas et des influences externes favorisent la naissance d'iritis et de tumeurs périostales.

On connaît aujourd'hui exactement les changements anatomiques que subissent la peau et les autres organes. L'auteur a démontré que, même si les symptômes cliniques sur la peau ont disparu, à un moment où l'on considère les malades comme guéris, il subsiste encore des produits morbides dans le tissu dermique. Il ne faut donc pas toujours considérer comme des récidives les cas où plusieurs mois après la disparition des exanthèmes cutanés, surviennent dans les mêmes régions des accidents semblables, comme par exemple après des taches roséoliques, des efflorescences annulaires qui pâlisent de nouveau pour revenir peu de temps après sous forme de papules punctiformes, annulaires. Ces phénomènes peuvent survenir spontanément mais plus fréquemment encore par le fait d'une irritation extérieure.

Alors même que les symptômes cliniques ont disparu, il reste encore des cellules exsudatives dans la peau, dans les follicules et dans les vaisseaux, en nombre suffisant, qui peuvent être les porteurs du contagion et qui, provoquées par une cause quelconque, surtout par le frottement, l'humidité et une température élevée, augmentent de nouveau, se multiplient et peuvent devenir dangereuses non seulement pour l'individu lui-même, mais aussi pour les personnes de son entourage. Puisque la syphilis est une maladie que l'on peut anatomiquement démontrer comme

étant de nature chronique, il ne faudra pas en juger exclusivement la gravité d'après la rapidité de son évolution spontanée. Les exsudats syphilitiques n'ont pas une existence éphémère comme ceux de la rougeole et de la scarlatine, ils restent beaucoup plus longtemps stationnaires et leur métamorphose régressive n'a lieu que lentement. Par conséquent, toute intervention thérapeutique rationnelle qui favorise leur résorption est justifiée. Il est donc beaucoup plus rationnel de continuer le traitement antisiphilitique, même s'il n'existe plus de symptômes visibles à l'œil nu, que de suivre une méthode expectante depuis le commencement de la maladie et d'attendre que les produits morbides aient augmenté.

L'auteur ajoute qu'il faut encore rejeter l'expectation au point de vue social en raison du danger qui résulte de l'aggravation des symptômes et du retour incessant des plaques muqueuses des lèvres et des organes génitaux.

Dans les 14 cas observés par Neumann, les gommés les plus graves avec pertes de substance considérables suffisent à démontrer la présence d'accidents sérieux dans les syphilis abandonnées à elles-mêmes.

Il n'existe aucune raison en faveur d'un traitement indifférent, puisque les spécifiques, principalement le mercure, font disparaître les symptômes syphilitiques, diminuent l'infiltration et ont ainsi des propriétés nettement résorbantes, sans que l'usage rationnel de ces spécifiques puisse avoir des inconvénients pour l'organisme.

En résumé, l'auteur n'est pas partisan d'un traitement indifférent pour les motifs suivants :

- 1° La durée est incomparablement plus longue ;
- 2° Les individus restent toujours pour leur entourage une source d'infection ;
- 3° Des formes graves apparaissent également ici comme avec d'autres méthodes de traitement.

Dans les formes malignes de la syphilis, dans la syphilis héréditaire, il ne serait pas consciencieux de prescrire un traitement indifférent.

De l'extirpation des ganglions lymphatiques comme cure préventive contre la syphilis constitutionnelle. — Après avoir résumé les 7 cas publiés par Bumm (1882) dont deux eurent un résultat positif et 5 un résultat négatif, Neumann cite le fait suivant qu'il a observé dans sa clinique :

N. A... entre le 10 juin 1883. L'infection avait eu lieu 15 jours auparavant. Sur la face interne du prépuce, vers la portion dorsale, il existait un ulcère, de la dimension d'une lentille, reposant sur une base dure, à sécrétion abondante, recouvert d'une couche lardacée, à bords déchiquetés. A droite, ganglions inguinaux du volume d'une noix. La

durété et la tuméfaction ganglionnaire ayant augmenté, l'auteur procéda, le 17 juillet (20 jours après l'infection), à l'extirpation de la sclérose et de 4 ganglions lymphatiques. La plaie du prépuce guérit au bout de 15 jours en laissant une cicatrice molle. La plaie inguinale ne fut cicatrisée qu'au bout de deux mois. Ce malade fit en outre, chaque jour, deux frictions, en tout 83 frictions à 3 grammes et prit 36 fois de la décoction de Zittmann *fortius et mitius*.

On congédia le malade sans symptômes de syphilis, après un traitement de 7 semaines.

Le 15 décembre 1885 il revint et présentait des ganglions inguinaux tuméfiés à droite et à gauche, un engorgement des ganglions cubitaux des deux côtés, ainsi que des ganglions axillaires et cervicaux. Sur le tronc, une roséole annulaire syphilitique. Sur les piliers du voile du palais, les amygdales, des plaques muqueuses saillantes, recouvertes d'exsudat.

Il résulte de ce fait que, 7 mois après l'infection, malgré l'excision de la sclérose et un traitement préventif, des accidents syphilitiques apparurent. Donc, même par la réunion de toutes ces précautions, on n'empêche pas la maladie générale, et même dans aucun cas d'excision on n'a constaté l'atténuation de la syphilis.

VI. — *Lang*. — On sait que la syphilis peut guérir spontanément, et on est d'autant plus en droit d'espérer ce résultat que le malade a mieux tenu compte des règles générales de l'hygiène. Mais d'autre part, on ne possède aucun critérium permettant de juger si la guérison est durable, autrement dit si — à part l'hérédité — il ne se manifesterait plus jamais de symptômes syphilitiques.

On proclame d'une manière absolue la curabilité facile de la syphilis : aussi est-il à craindre qu'un praticien peu initié à la syphiligraphie, attendant tout du traitement médicamenteux, n'observe qu'incomplètement ou pas du tout les règles hygiéniques si absolument nécessaires à la guérison de la syphilis.

Tous les cliniciens admettent que les frictions représentent un mode très énergique de traitement, que l'on ne peut pas remplacer par un autre dans les cas graves. Il faut ajouter que le résultat principal des mercuriaux, et en particulier des frictions, n'est pas tant une guérison radicale qu'une disparition momentanée et un retard apporté à l'invasion des accidents syphilitiques. Même fût-il démontré que, par l'emploi de ce remède, les lésions syphilitiques graves des os et d'autres organes surviennent plus fréquemment que dans le cas où la maladie a été abandonnée à elle-même : il n'en serait pas moins indiqué, en cas de troubles syphilitiques du système nerveux central et des organes des sens, etc., d'intervenir par des agents antisiphilitiques énergiques—en première ligne par

le mercure — pour provoquer la résorption des produits morbides aussi rapidement que possible. Dans les affections syphilitiques des organes (fonctionnelles ou organiques), aucun clinicien éprouvé ne renoncera au mercure par la raison que la maladie pourrait n'être interrompue que momentanément ou n'apparaître que d'autant plus tôt sur un autre point.

La pratique exige donc impérieusement l'étude complète des traitements antisypilitiques, spécialement du traitement mercuriel.

L'auteur emploie le mercure métallique en injections sous-cutanées. Il se sert d'une préparation composée de graisse, d'huile et de mercure et qu'il désigne sous le nom d'huile grise (oleum cinereum). Il avait essayé le mercure mélangé à la glycérine, à la dextrine (amidon) et à l'eau, mais les résultats n'ont pas été meilleurs et il est revenu à l'huile grise.

Le mélange préparé avec soin — il examine constamment la graisse pour savoir si le mercure s'y éteint complètement — représente un liquide grisâtre et épais dans lequel le mercure reste en suspension pendant un certain temps ; ce n'est qu'au bout de plusieurs heures que la graisse et le mercure tombent au fond du vase, de telle sorte que dans les couches supérieures une légère zone d'huile se sépare. Pour l'empêcher, il conserve la préparation dans un endroit froid où elle se durcit, le mercure reste alors également réparti. La chaleur de la main suffit pour rendre de nouveau liquide l'huile grise, il faut agiter le mélange pour que les parties constituantes s'y répartissent d'une manière uniforme.

Comme en préparant l'huile grise il peut s'y introduire de petites bulles (à peu près 1 volume pour 100) et comme pourraient ainsi y être entraînés des germes de micro-organismes qui pénétreraient dans l'organisme avec l'injection sous-cutanée, il est utile de stériliser l'huile grise. On peut, dans ce but, ajouter de l'acide phénique ou faire chauffer le mélange sans altérer sensiblement le médicament.

Lang met dans une éprouvette quelques grammes de mercure pur et y ajoute 50 0/0 d'une solution alcoolique d'acide phénique. On peut aussi employer l'huile phéniquée (environ 30 0/0) dans la préparation de l'huile grise sans altérer le mercure.

Un moyen encore plus sûr, c'est de soumettre le mélange à une haute température.

Toutefois, il pense qu'il est complètement inutile de stériliser les bulles d'air. On voit, dans toute opération, entrer de l'air dans la plaie par la suture et rarement toutefois la réunion par première intention est empêchée, si l'on tient compte des règles de l'antisepsie. Il n'est donc pas nécessaire de stériliser préalablement l'huile grise.

On peut, d'une manière approximative, évaluer à 23 centigrammes la

quantité de mercure métallique contenue dans 1 centimètre cube de l'huile grise à 20 0/0. Il serait intéressant de savoir la quantité d'onguent gris qu'on devrait employer en friction pour incorporer une quantité égale de mercure. Malheureusement il est impossible de s'en rendre compte, même approximativement. Par contre, il est facile d'établir sous ce rapport un parallèle avec le sublimé. Pour introduire 23 centigrammes de mercure il faut injecter 31 centigrammes de sublimé ; comme on se sert pour les injections sous-cutanées d'une solution de sublimé à 1 0/0 et comme la seringue Pravaz contient d'ordinaire 1 gramme, la quantité de mercure dans 1 centimètre cube d'huile grise est égale à celle qui est contenue dans 31 seringues d'une solution de sublimé à 1 0/0. Mais il ne faut pas oublier que l'efficacité du mercure sous forme de sublimé est bien inférieure à celle du métal.

Comme traitement général, il ne fait ordinairement qu'une injection de 1 à 1 1/2 dixième de 1 centimètre cube, quoique dans quelques cas il soit allé jusqu'à 2 et 3 dixièmes. En général, il faut 2 injections par semaine, chaque fois de deux dixièmes de centimètre cube. On peut réduire, par l'augmentation de la quantité introduite, les injections à une en 8 à 15 jours, ou — si cela est nécessaire — introduire dans un laps de temps plus court de plus grandes quantités de la préparation. Dans ce dernier cas, il faut veiller au mercurialisme.

Il est préférable de faire les injections d'huile grise dans la région dorsale. L'auteur n'a jamais observé de suppuration. Il n'a été obligé de suspendre ce mode de traitement qu'une seule fois, chez une femme, en raison de la grande sensibilité de la malade. Ce mode de traitement n'est pas applicable aux individus qui ont la peau fine et flétrie.

L'huile grise est indiquée pour le traitement local et régional ; seulement la quantité doit être d'autant plus faible que l'injection est faite dans un point plus rapproché du foyer morbide, le 50° ou le 100° de 1 centimètre cube.

Pour agir efficacement sur les ganglions lymphatiques, il fait l'injection en un point quelconque du courant lymphatique. Pour les ganglions cruraux et inguinaux, si souvent atteints, il choisit le milieu de la face interne de la cuisse et injecte de 1 à 2 centièmes de centimètre cube ; si cela est nécessaire il renouvelle l'injection 8 à 15 jours après. Chez les malades qui peuvent se dispenser de marcher beaucoup, on injecte en une seule fois une quantité plus considérable ; l'efficacité ne cesse pas, même si au point injecté il survient de la suppuration (il n'a jamais pu trouver de mercure dans le pus). Lang a constaté, après une seule injection faite au niveau de la partie inférieure de l'abdomen, une diminution des ganglions inguinaux, et la régression de la lymphadénie

mastoïdienne à la suite de l'injection de 1 dixième de centimètre cube pratiquée au niveau de la nuque.

Les gommès périostales du front, les foyers gommeux en voie de ramollissement sont très favorablement et très rapidement modifiés par une très faible quantité d'huile mercurielle injectée dans leur voisinage.

Pour les lésions syphilitiques qui ont une grande tendance à la suppuration, Lang emploie de préférence de la gaze préparée avec le calomel ou avec du mercure oxydulé, notamment dans les accidents initiaux exulcérés, les plaques muqueuses dans le repli préputial, entre les orteils, dans les gommès ulcérées, contre les ulcérations du col, etc.

Dans tous ces cas Lang a obtenu de très bons résultats.

Dans les circonstances appropriées, on pourra donc substituer avec avantage cette préparation aux autres méthodes de traitement.

VII. — *Schadek* emploie l'oxyde jaune de mercure en injections sous cutanées d'après la méthode de Smirnoff, c'est-à-dire directement dans le muscle fessier. Ses observations ont été faites à la clinique dermatologique du professeur Stukowenkow, de Kiew.

Voici la formule qu'il prescrit :

Oxyde jaune de mercure.....	1	gramme.
Gomme arabique.....	1	— 25 c.
Eau distillée.....	25	—

Il injecte une seringue de Pravaz pleine, soit, comme Watraszewsky, 0,04 centigrammes d'oxyde jaune par seringue. Il enfonce l'aiguille aussi profondément que possible sous l'aponévrose et pousse tout le contenu de la seringue dans la fesse. Dans 6 cas de syphilis condylo-mateuse, il a fait 35 injections; dans 3 cas, 5; dans les 3 autres cas 4, 6 et 10. Il fait une injection tous les 6 à 10 jours. Dans les cas les plus légers, une injection après 6 à 7 jours; dans quelques cas au contraire, tous les 8 à 10 jours, il fait en même temps une injection dans chaque fesse.

Voici le résumé des résultats constatés par Schadek :

1° La réaction locale est tout à fait insignifiante, beaucoup plus faible qu'après les injections de calomel. Les malades ne se plaignent que d'une douleur obtuse au point injecté, elle disparaît en grande partie après quelques heures; parfois même ces injections ne provoquent aucune douleur. Dans 2 cas seulement, elle dura une ou deux fois 24 heures;

2° Jamais d'hémorrhagie par la piqûre;

3° Jamais d'abcès dans la région de la piqûre ni dans son voisinage;

4° Une seule fois l'auteur observa des indurations et des nodosités;

le troisième jour après la 5^e injection profonde, il s'était formé au niveau du point injecté une nodosité non douloureuse de la grosseur d'une noisette, elle disparut complètement au bout de quelques jours.

5^o L'absence de tous phénomènes inflammatoires locaux pourrait déjà démontrer que l'oxyde jaune a pénétré dans le parenchyme de la fesse et est arrivé dans le courant lymphatique ;

6^o L'analyse des urines confirme cette hypothèse. Dans les 6 cas observés par Schadek, on trouvait déjà des traces de mercure le premier et le second jour après la première injection.

Des analyses répétées ont démontré, pour les 6 cas, que la proportion de mercure augmente graduellement (1/9 à 1/4 de milligramme sur 300 centimètres cubes) après la 2^e, 4^e et 6^e injection d'oxyde jaune ;

7^o Chez 4 malades, les accidents syphilitiques (roséole, papules, etc.) ont disparu après la 4^e et 5^e injection, 3 à 4 semaines après la première injection. Dans l'un des deux autres cas où avant le traitement il était survenu une roséole, puis un exanthème papuleux très étendu sur le tronc et les membres supérieurs, tous ces symptômes disparurent après la 6^e injection. Dans le sixième cas seulement la syphilide cutanée (roséole à larges taches très confluentes sur le trou et la surface de flexion des membres) ne fut pas modifiée pendant un mois et demi, malgré 10 injections d'oxyde jaune, en tout 0,4 décigrammes. Sept semaines après le début du traitement, l'exanthème avait presque complètement disparu.

En somme, l'auteur déduit de ses observations les conclusions suivantes :

1^o Les injections profondes d'oxyde jaune de mercure sous forme d'émulsion sont bien supportées par les syphilitiques, elles n'occasionnent pas de phénomènes locaux d'irritation, dans le cas contraire ils sont très faibles ;

2^o Le mercure introduit par ce procédé est rapidement résorbé et on constate facilement sa présence dans l'urine.

Schadek recommande tout particulièrement ce mode de traitement chez les malades de la consultation, chez les pauvres et dans la pratique hospitalière. Il n'exige pas de la part du médecin une dextérité technique particulière.

VIII. — Dès 1884, *Watraszewski* a employé contre la syphilis les injections de calomel, suivant le procédé de Scarenzio. Les résultats qu'il a obtenus sont très encourageants.

Comme toutes les injections, cette méthode permet de déterminer exactement la quantité du remède introduit dans l'organisme.

Elle exige peu de temps, peu de frais et, d'autre part, ne salit ni la peau ni le linge.

Comparées aux frictions, dont il est souvent nécessaire de faire 20 à 30 et même plus, les injections de calomel, au nombre de 3 à 6, à un intervalle de une à deux semaines, donnent les mêmes résultats contre les accidents syphilitiques.

Toutefois, les injections de calomel présenteraient les inconvénients suivants :

Elles provoquent, dans un certain nombre de cas, au bout de quelques jours, de violentes douleurs au niveau de la piqure, coïncidant souvent avec une tuméfaction et une infiltration douloureuse de la région.

Dans d'autres cas, elles déterminent une réaction générale notable qui se traduit par de l'affaissement, lié souvent à un peu de fièvre ou à de la diarrhée, parfois même à de l'inappétence et à de l'insomnie.

Selon Neisser, les injections de calomel provoqueraient plus facilement la salivation que d'autres méthodes de traitement ; les observations de l'auteur ne concordent pas avec cette manière de voir, mais il importe de surveiller, pendant le traitement et même après, les soins de la bouche et des gencives ; il a injecté en une seule fois 6 à 10 et même 12 centigrammes de calomel, dose bien suffisante pour produire une action mercurielle énergique. L'auteur recommande aussi de se servir exclusivement de calomel à la vapeur ; celui préparé par voie humide détermine plus facilement de la salivation et, localement, de l'irritation.

Watraszewski a employé la formule indiquée par Smirnoff :

Calomel.....	40 grammes.
Gomme arabique.....	5 —
Eau.....	100 —

Une seringue ordinaire de Pravaz contient, de ce mélange, une quantité représentant environ 10 centigrammes de calomel.

En raison des accidents occasionnés par le calomel, l'auteur a recherché parmi les divers oxydes de mercure ceux qui, dans la thérapie soutenue de la syphilis, auraient les mêmes effets que le calomel sans en avoir les inconvénients.

L'oxyde noir de mercure ou l'oxyde rouge plus doux (désigné dans la pharmacopée sous le nom d'oxyde hydrargyrique, préparé par voie humide, ou d'oxyde jaune) sont ceux qui lui ont paru mériter la préférence.

Il emploie ces deux oxydes sous la forme suivante :

Oxyde noir de mercure ou oxyde rouge.....	1 gramme.
Gomme arabique.....	0 ^{gr} ,50
Eau distillée.....	10 grammes.

Chaque fois une pleine seringue Pravaz.

Ses observations se rapportent à 86 malades des deux sexes au-dessus de 15 ans, et chez lesquels il a fait 330 injections. Voici les résultats qu'il a obtenus :

1° Ces oxydes, comme le calomel, exercent sur l'organisme une action mercurielle considérable ;

2° Ils modifient comme lui, rapidement et sûrement, les accidents syphilitiques, aussi bien secondaires que tertiaires. 3 à 6 injections, à des intervalles de 6 à 8 jours, suffisent, suivant les cas, pour faire disparaître les phénomènes morbides ou pour déterminer une amélioration évidente dans les affections osseuses, ou lorsqu'une grande perte de substance empêche une *restitutio ad integrum* ;

3° Tandis que la douleur locale, avec le calomel, augmente d'intensité jusqu'au 4^e ou 5^e jour après l'injection et disparaît ensuite peu à peu du 8^e au 10^e jour, la sensibilité avec les oxydes est surtout accusée, mais à un bien moindre degré qu'avec le calomel, 20 à 30 heures après l'injection, et cesse ensuite rapidement dans l'espace de 3 à 4 jours ;

4° Ce n'est que d'une manière tout à fait exceptionnelle qu'il survient, après les injections d'oxydes, une réaction générale analogue à celle que l'on observe relativement souvent avec le calomel ;

5° Les infiltrations des premiers temps, parfois à la suite des injections profondes, se transforment au bout de quelques jours en nodosités peu douloureuses ou tout à fait indolores ; elles sont plus petites que celles qui succèdent aux infiltrats provoqués par le calomel, elles se résorbent facilement ;

6° Watraszewski n'a jamais vu, à la suite de l'injection sous-cutanée de ces oxydes de mercure, survenir un abcès au point inoculé.

En outre, les oxydes se mélangent beaucoup mieux que le calomel avec le liquide à injection.

Actuellement l'auteur se sert de l'oxyde jaune de mercure, dont la composition chimique est, il est vrai, la même que celle de l'oxyde rouge, mais qui s'en distingue cependant, outre la coloration, en ce qu'il constitue une poudre presque impalpable, et en ce que son action sur l'organisme est incomparablement plus énergique que celle des deux autres oxydes.

Il a fait, sur 62 syphilitiques, à diverses périodes de la diathèse, 183 injections avec l'oxyde jaune de mercure, et il a pu constater les avantages suivants que présente ce sel : action antisiphilitique rapide et sûre, faible irritation locale et emploi facile chez les malades.

Voici la formule de l'auteur :

Oxyde jaune de mercure.....	1 gramme.
Gomme arabique.....	0gr,25
Eau distillée.....	30 grammes.

Une seringue de Pravaz, renfermant 1 gramme d'eau distillée contient, avec ce mélange, 4 centigrammes d'oxyde jaune.

3 à 5 de ces injections lui ont suffi dans la plupart des cas; dans 2 cas seulement, 7 injections furent nécessaires.

24 heures après la première injection, on trouve à peine des traces de mercure dans l'urine; elles augmentent ensuite chaque jour et restent à leur maximum durant tout le traitement; 3 semaines après la dernière, on peut encore constater la présence du mercure dans l'urine. Il en est du reste ici comme après les injections de calomel et d'autres oxydes de mercure.

Quant à la technique de l'injection, l'auteur conseille de la faire profondément dans les parties supérieures externes des fesses, et l'irritation locale sera d'autant plus légère que l'on aura enfoncé au point indiqué par un coup sec et rapide toute l'aiguille jusqu'à son armature, à travers la peau et les fascias; le contenu de la seringue se vide peu à peu. On applique le doigt sur l'ouverture et on exerce une pression sur les parties profondes. C'est la meilleure manière d'empêcher la pénétration du liquide dans le trajet de l'injection, ainsi que les phénomènes inflammatoires consécutifs. Toute pression et tout massage ultérieurs, dans la région injectée, sont non seulement inutiles mais nuisibles. Il convient de recommander aux malades de s'abstenir de marcher pendant quelques heures après l'injection. Il faut naturellement faire cette petite opération avec toutes les précautions antiseptiques et éviter aussi d'introduire de l'air.

Comme les oxydes se décomposent facilement, il ne faut pas employer les mélanges au delà de 3 à 4 jours après leur préparation; on doit aussi éviter de les exposer à une vive lumière.

La première injection est beaucoup plus douloureuse que les suivantes.

En résumé, les injections d'oxyde de mercure n'ont pas été employées, jusqu'à présent, dans le traitement sous-cutané de la syphilis. Elles permettent de combattre la diathèse dans ses différentes manifestations, rapidement et sûrement; leur innocuité et les faibles inconvénients qu'elles déterminent ont engagé l'auteur à présenter ses observations avant les expériences ultérieures dans lesquelles il pourra préciser tout ce qui a trait aux récidives, et principalement au temps d'apparition des symptômes morbides.

L'auteur fait remarquer en outre qu'il ne veut, en aucune manière, at-

tribuer à cette question l'importance qu'on lui donne d'ordinaire. Les cas dans lesquels on ne voit survenir aucuns phénomènes ultérieurs, après un traitement systématique, sont des exceptions, et des plus rares. Personne ne s'élèvera contre ce fait, et si on examine avec impartialité les résultats du traitement mercuriel dans la syphilis, on arrive, contrairement à ce qu'en disent les opposants, à cette conclusion, que le mercure, abstraction faite de la forme et de la combinaison chimique, est, dans la plupart des cas, un remède remarquable pour combattre les symptômes actuels de la syphilis ; mais que, par contre, il est complètement sans action pour influencer l'infection dans sa nature, par conséquent aussi pour préserver des poussées ultérieures. Il conclut en disant qu'il se rallie absolument à l'opinion du syphiligraphe lyonnais : « La syphilis comprend une série de poussées résultant elles-mêmes chacune d'un réveil d'une nouvelle fermentation du virus. Or, le mercure n'a pas de prise sur le virus à l'état de germe, il n'en a que contre le virus à l'état éclos. Aussi le voit-on à la fois efficace pour guérir chaque manifestation, et impuissant pour en prévenir le retour. » (Diday et Doyon, *Thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées*. Paris, 1876, p. 264.)

IX. — C. Kopp a employé le formamide de mercure en injections sous-cutanées chez plus de 200 malades ; toutefois un grand nombre d'entre eux ne figurent pas dans la statistique de Kopp : les uns sont partis avant la fin du traitement, les autres ne sont pas restés assez longtemps soumis à l'observation ; aussi le nombre des cas qui servent de base à ce travail est-il seulement de 126. Presque tous ces malades étaient atteints d'accidents secondaires. Toutefois, le traitement employé ne permet pas de tirer des conclusions absolues : car, dans l'intérêt des malades, on prescrivait en même temps une médication locale des affections de la muqueuse, des papules humides, etc., ou des infiltrats durs (les syphilides à grosses papules furent traitées avec succès par les emplâtres salicylés avec ou sans addition de mercure, de pyrogallol ou de chrysarobine), ainsi qu'une médication iodurée contre les symptômes de la période tardive de la syphilis. Aussi, selon Kopp, sa statistique n'a-t-elle qu'une valeur très relative.

En ce qui concerne la technique des injections, la plupart étaient faites directement dans la peau des fesses, la solution renouvelée tous les deux jours, la canule et la seringue tenues avec les soins les plus minutieux de propreté. L'injection était poussée directement dans le tissu conjonctif sous-cutané en enfonçant la canule perpendiculairement à la peau. Dans les cas qui exigeaient un traitement intensif, il faisait deux injections par jour, dans un cas d'iritis même trois par jour, à 0,01 de

formamide de mercure, sans avoir constaté des inconvénients particuliers. Les malades sont en grande partie restés en observation longtemps après la disparition des symptômes syphilitiques ; dans ces conditions, il a été possible à l'auteur d'apprécier dans une certaine mesure la valeur du formamide de mercure au point de vue des récidives.

Kopp reproduit ensuite un tableau synoptique de 126 cas qui ont été traités avec plus de 3,000 injections. La moyenne des injections a été de 23 à 0,01 de formamide de mercure. Ces 126 cas comprennent 63 hommes et 61 femmes.

Cliniquement, on peut diviser ces faits en trois groupes :

1° Affection primaire et première apparition des symptômes constitutionnels, 63 fois ;

2° Récidives de la période secondaire, 71 fois ;

3° Accidents tertiaires, 2 fois.

Le traitement fit disparaître les symptômes (abstraction faite de la pigmentation et des engorgements ganglionnaires) dans 92 cas.

Par suite de complications fâcheuses, on dut remplacer le formamide par d'autres médications dans 13 cas.

Malgré un traitement prolongé, les accidents syphilitiques persistèrent dans 11 cas.

En raison de certaines circonstances (voyages, complications), on interrompit les injections dans 10 cas, malgré une amélioration notable.

Comme phénomènes accessoires, on a noté :

1° Douleurs au point injecté : durée la plus courte (jusqu'à 1 heure) 34 fois (15 fois chez des femmes, 19 fois chez des hommes) ;

2° Dans 31 autres cas (19 femmes, 12 hommes), la douleur persista jusqu'à 24 heures ;

3° Chez 41 malades (28 femmes et 13 hommes), il se produisit des nodosités et des infiltrats inflammatoires ;

4° Abscess : 1 fois chez une femme ;

5° Salivation et stomatite dans 12 cas (4 femmes et 8 hommes).

Dans 39 cas, on fit de 23 à 30 injections (c'est le chiffre le plus élevé) qui furent parfaitement tolérées.

Comme complications, vraisemblablement ne tenant pas aux injections, on observa :

De l'érythème généralisé chez une femme ;

De l'eczéma des membres inférieurs chez un homme ;

Une néphrite parenchymateuse chez une femme.

En outre, chez une fille hystérique, chaque injection provoquait des contractions cloniques si violentes qu'il fallut renoncer à ce mode de traitement.

Quant à la douleur au point injecté et à la formation d'infiltrats, on ne

peut parvenir à les éviter qu'en faisant pénétrer le liquide injecté dans les couches lâches de tissu conjonctif qui relie le panicle adipeux aux fascias sous-jacents. Ces tissus sont d'une structure si peu compacte et si élastique que la solution injectée ne provoque qu'un très léger degré de tension, tandis que le nombre considérable des fentes lymphatiques offre les chances les plus favorables pour la résorption rapide du médicament. Or, comme chez la femme le coussinet graisseux est très développé, principalement aux fesses, on doit, dans ces cas, enfoncer la canule aussi profondément que possible pour éviter les fibres résistantes du tissu conjonctif du panicle.

Quant à la recherche du mercure dans l'urine, elle a été faite le plus souvent d'après la méthode de Ludwig, modifiée par Fürbringer. Cet examen était fait à partir de la première injection, à des intervalles de 24 heures. On a chaque fois agi sur 1 litre d'urine. En même temps, on examinait l'urine, par l'électrolyse, sur de petites quantités (2 à 300 grammes). On a constaté la présence du mercure dans l'urine 9 fois après la 1^{re} injection, 17 fois après la 2^e, et 5 fois seulement après la 3^e. Chaque injection contenait 0,01 de formamide. Le mercure s'élimine donc très promptement, et dans des recherches ultérieures Kopp a constaté que déjà 5 semaines après la cessation des injections on ne trouvait plus de mercure dans l'urine.

Les injections de formamide de mercure s'adressent particulièrement aux formes les plus bénignes de la syphilis, comme les exanthèmes maculeux et papuleux, les plaques muqueuses, etc., accidents qui caractérisent le début de la syphilis et qui souvent disparaissent sous l'influence seule d'applications locales; tandis que dans les cas où la syphilis se traduisait par des symptômes graves (syphilide lenticulaire, iritis, etc.) on était obligé de recourir à des frictions. Contrairement aux idées de Liebreich, Kopp a administré dans un grand nombre de cas, simultanément et avec succès, le formamide de mercure et l'iode de potassium.

L'action peu intense dans le traitement de la syphilis du formamide de mercure tiendrait, selon l'auteur, à son élimination rapide; il n'agirait pas pendant un temps suffisant pour neutraliser ou détruire le virus. Cette hypothèse est en contradiction complète avec celle de Wolff qui croit pouvoir attribuer un avantage particulier aux préparations mercurielles d'alanine, d'asparagine et de glycocol, en raison de leur prompt élimination. Ce dernier auteur signale en effet la rapide élimination des combinaisons amides d'oxyde de mercure et cherche à expliquer leur efficacité prompte dans les récidives qui ont été traitées avec le même médicament, en ce que les tissus libres de mercure sont plus accessibles à l'action curative du mercure que ceux qui en sont

imprégnés. Wolff a observé, notamment, que les récidives après les cures par les frictions offrent beaucoup plus de résistance au traitement que celles qui surviennent après les injections. Mais l'auteur fait observer avec raison que dans la statistique présentée par Wolff, bon nombre de malades s'étaient frictionnés d'une manière insuffisante. En somme, Kopp croit qu'il n'existe aucune différence entre l'intensité des récidives après la cure des frictions et celles après les injections.

Dans la statistique de Kopp, il y a 42 cas de récidive, mais ce chiffre n'a rien d'absolu.

Parmi les 126 malades indiqués dans le tableau synoptique, 49 restèrent de 9 à 21 mois en observation. De ce nombre, 7 n'eurent point de récidive, tandis qu'elle survint dans 42 cas, ce qui représente une proportion de récidive de 86 0/0, chiffre très élevé, surtout si l'on songe qu'une portion des malades indemnes de récidive jusqu'à présent ont peut-être à attendre des retours de la syphilis.

En ce qui concerne les récidives de la syphilis non traitée, 93 0/0 (Diday).

Après les cures par les frictions et autres méthodes, 81 0/0 (Lewin).

Après les injections de sublimé, 31 0/0 (Lewin).

Ces données n'ont qu'une valeur très relative.

Avec le formamide de mercure les récidives sont très fréquentes, au moins aussi fréquentes qu'avec les autres méthodes; sous ce rapport, la préparation de Liebreich n'offre aucun avantage.

En résumé :

1° Le formamide de mercure, est évidemment utile dans les accidents syphilitiques légers, ainsi que pour beaucoup de petites récidives, principalement de la muqueuse; on peut toutefois le remplacer dans ces cas par le traitement interne qui est beaucoup plus facile. Le formamide est préférable aux injections de calomel, en raison de la faible réaction locale que provoque le premier; mais il faut, d'autre part, considérer son élimination rapide comme un désavantage;

2° Il ne faut pas employer le formamide dans tous les accidents syphilitiques graves (syphilide à grosses papules, infiltrations dures). Le mode de traitement le plus sûr, dans ces cas, ce sont les frictions;

3° Avec le formamide, les récidives paraissent extrêmement fréquentes.

(A suivre.)

A. DOYON.

REVUE DE DERMATOLOGIE.

- I. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYDROA BULLEUX DE BAZIN ET DE LA DERMATITE HERPÉTIFORME DE DUHRING, par R. W. TAYLOR (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, avril 1886, p. 106).
- II. — DE L'EXISTENCE DE LA DERMATITE HERPÉTIFORME DE DUHRING COMME MALADIE DISTINCTE, par L. DUNCAN BULKLEY (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, avril 1886, p. 111).
- III. — HYDROA, par H. RADCLIFFE CROCKER (*The British med. Journal*, 22 mai 1886, p. 966).
- IV. — PEMPFIGUS SUIVI D'ALBUMINURIE, par le Dr R.-H. SABIN (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, juin 1886, p. 172).
- V. — PITYRIASIS RUBRA AVEC DES LÉSIONS VÉSICULEUSES, par le Dr MORROW. (*New York dermatological Society*, 27 avril 1886.)
- VI. — NOTES SUR UN CAS DE DERMATITIS EXFOLIATIVA (PITYRIASIS RUBRA ?) AVEC DES LÉSIONS BULLEUSES, par le Dr W. A. HARDAWAY. (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, novembre 1886, p. 330.)

I. — Le malade dont l'auteur publie l'observation a toujours été un fort buveur. Comme antécédents morbides, il n'a eu qu'une attaque de rhumatisme articulaire assez peu intense pour ne pas l'avoir empêché de travailler. Deux mois avant son admission à l'hôpital, il fut pris de dyspnée et de palpitations. A son entrée, on lui trouve à l'auscultation un double bruit de souffle à l'orifice mitral et à l'orifice aortique : les poumons sont remplis de râles d'œdème, l'urine contient environ 5 0/0 d'albumine. La température est de 99° 1/2 Fahr. Le 17 juillet, le malade a un peu de délire vers le soir ; les urines sont rares ; on le calme par du bromure. Le 18, on voit apparaître sur le cou et derrière les oreilles une éruption qui cause au malade des sensations de brûlure et de cuisson. La température est de 100° Fahr. Le 19, l'éruption s'est étendue et a envahi le visage, le cou, les oreilles. Elle est vésiculeuse, forme des placards confluent qui s'unissent de façon à donner naissance à de larges bulles. Quelques éléments éruptifs semblables ont fait leur apparition sur la face dorsale des mains et des poignets, mais le reste du corps est complètement indemne d'éruption. Le 21 juillet, l'éruption ne s'est pas étendue, mais elle est plus confluyente ; plusieurs vésicules ou bulles se sont crevées et ont donné naissance à des croûtes jaunâtres. Les éléments qui se forment encore sont toujours vésiculeux, renferment une sérosité transparente, laquelle devient peu à peu purulente. Les éléments éruptifs ne sont pas entourés d'une aréole érythémateuse fort intense, mais le visage est très enflé, les yeux presque fermés ; le malade a l'aspect d'un homme atteint de variole confluyente. La conjonctive et la muqueuse buccale sont indemnes. La température, pendant tous ces derniers jours, a été de 101° Fahr. Le 23 juillet, l'éruption est moins intense, il se forme des croûtes brunâtres, la face est un peu moins tuméfiée. Le 25 juillet, la dyspnée du malade aug-

mente. Le 1^{er} août, le visage et le cou ont presque repris leur aspect naturel; les croûtes sont tombées, en laissant au-dessous d'elles la peau rouge, mais sans cicatrice; l'état général est fort mauvais, les urines rares; il y a du délire; enfin, le malade succombe le 3 août.

L'auteur met en relief les principales particularités de l'observation précédente; je ne relèverai dans cette partie de son travail qu'un seul passage: celui où il dit que le malade n'avait pris aucun médicament pouvant donner lieu à une éruption; or, il est noté dans l'observation que, la veille du jour où l'éruption a commencé, on avait calmé avec du bromure le délire du patient. Discutant ensuite la dénomination qu'il convient de donner à ce cas, le Dr Taylor dit que, faute d'un nom meilleur, il l'a appelé *hydroa bulleux de Bazin* (pemphigus à petites bulles). Il est convaincu que ce fait appartient à la grande famille de ces éruptions qui ont été décrites par Wilson sous le nom d'*herpès circinatus bullosus*, par Hardy sous celui de *pemphigus pruriginoux*, par Milton, Bulkley et d'autres sous celui d'*herpès gestationis*, par Chausit sous celui de *pemphigus aigu pruriginosus*, par Devergie sous celui de *pemphigus composé*, par Rayer sous celui de *pemphigus circinatus*, par Gibert sous celui d'*herpès phlyctænodes*, par Klein sous celui de *pemphigus*, par Hebra sous celui d'*impetigo herpetiformis*. Il ajoute que son cas lui paraît différer, par plusieurs particularités, de ceux qui ont été publiés par ces divers observateurs.

Passant ensuite à l'examen des idées de Dühring sur la dermatitis herpetiformis (voir *Annales de Dermatologie*, octobre 1884, p. 558, et avril 1885, p. 235), l'auteur les accepte en grande partie, mais avec quelques réserves.

II. — L. D. Bulkley commence par établir que l'on rencontre parfois des affections cutanées qui s'écartent des types connus; peu à peu, ces cas isolés, réunis par un auteur et analysés, finissent par permettre d'établir une entité morbide nouvelle. C'est ce que Dühring a essayé de faire en créant sa dermatitis herpetiformis. Le Dr L. D. Bulkley se propose de rechercher dans ce travail le bien fondé de ces idées.

Il discute d'abord l'observation suivante, qui lui est personnelle :

Alfred S..., âgé de 24 ans, forgeron, de constitution robuste, d'origine irlandaise, se présenta le 25 novembre 1885 à New York Hospital, avec une éruption chronique généralisée, multiforme, fort prurigineuse. Son père est mort phthisique; un de ses frères, mort à 24 ans, était extrêmement nerveux et impressionnable, il avait même des accès passagers de folie. Le malade a beaucoup épuisé depuis l'âge de 9 ans, il a eu d'une façon immodérée, depuis l'âge de 18 à 20 ans; de 13 à 16 ans, il s'est livré à la masturbation.

L'éruption dont il est atteint se montra pour la première fois pendant l'été, il y a cinq ans, et depuis lors elle a toujours persisté jusqu'à l'époque

actuelle, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Lorsqu'elle débuta, le malade se fatiguait beaucoup; il travaillait alors au tissage des tapis près de douze heures par jour, assis, les jambes et les bras en mouvement; il chiquait et buvait beaucoup. Le premier phénomène qui se manifesta fut un prurit très intense qui fut suivi du développement soudain d'une éruption caractérisée par ce qu'il appelle des boutons blancs; elle occupait presque tout le corps, à l'exception de la tête, laquelle n'a été prise que pendant la dernière année. Les phénomènes morbides semblaient surtout accentués pendant l'été. Bien que toute la surface du tronc et les membres fussent parfois intéressés, l'éruption était maximum aux fesses, aux aines et à la partie inférieure de l'abdomen; elle gagnait même le pénis. Le malade avait fort bien remarqué le caractère multiforme de l'affection; parfois, il se produisait même des furoncles et des abcès; d'autres fois, des ulcérations consécutives au grattage. Le prurit a toujours été plus intense pendant le jour.

Lorsque le Dr L. D. Bulkley le vit pour la première fois, le 25 novembre 1885, les deux avant-bras et les condyles étaient couverts de petites papules brillantes; quelques-unes étaient surmontées d'un soulèvement épidermique dont on pouvait faire sortir une goutte de sérosité transparente. Les cuisses étaient parsemées d'une très grande quantité de pustules de dimensions variables, souvent de plus d'un demi-pouce de diamètre; beaucoup ne formaient plus de saillie au-dessus du niveau des téguments, et n'étaient plus reconnaissables qu'à des taches pigmentées; d'autres étaient surélevées et montraient encore la base enflammée et l'aréole rougeâtre de la pustule primitive. Sur les reins et sur les fesses se voyaient également des croûtes adhérentes, aplaties, sur des bases rouges. Il y avait aussi des vestiges d'éruption sur le dos, quelques lésions sur les jambes, et çà et là, disséminées sur le corps, quelques cicatrices superficielles de forme et de grandeur variées.

La santé générale était bonne; la constipation, habituelle. On lui donna une pilule laxative, un tonique alcalin et une lotion antiprurigineuse.

Le 2 décembre, le prurit était un peu moins intense, mais l'éruption était beaucoup plus forte. Des pustules s'étaient formées sur les membres et sur la région lombaire. Le 9 décembre, il se produisit sur l'épaule droite une plaque éruptive fort semblable à une plaque d'herpès zoster: sa forme était irrégulière, elle avait un pouce et quart de diamètre, était composée de papulo-vésicules, avec quelques petits groupes périphériques et quelques papules isolées. Une éruption à peu près semblable s'était aussi montrée sur le cuir chevelu: ces lésions étaient fort prurigineuses. On ordonna au malade de cesser de chiquer, et on lui prescrivit à l'intérieur une mixture acide contenant du fer, de la magnésie avec un peu de strychnine.

Le 23 décembre, se produisit une nouvelle poussée éruptive, formée de pustules, sur les bras, sur les jambes et aux aisselles. Le 2 janvier 1886, nouvelle éruption de pustules volumineuses, semblables à de l'ecthyma, mais peu nombreuses. Le 20 janvier, il se développe de nouvelles lésions sur les reins, les fesses, les cuisses et ailleurs. Elles affectent maintenant la forme de vésicules ou bulles volumineuses, aplaties, quelque peu flasques, contenant un liquide blanchâtre, trouble ou purulent; ce sont là, évidemment, les lésions qui ont donné naissance aux croûtes aplaties adhérentes qui ont été mentionnées plus haut. Depuis lors, la maladie a continué à évoluer de la même manière: la dernière poussée éruptive s'est faite sur les épaules, et sous forme de plaques érythémateuses sur lesquelles se voyaient des papulo-vésicules groupées.

L'auteur a observé d'autres faits semblables à celui qui précède. Il se demande quel nom il faut leur donner, dans quel groupe morbide il faut les classer. Il ne croit pas qu'on puisse en faire des érythèmes polymorphes, des urticaires bulleuses, des pemphigus, des herpès ou des eczémas. Il semble donc qu'ils correspondent à quelque chose qui n'a pas encore été nettement décrit. Les faits semblables qui ont été déjà publiés l'ont été sous des noms différents suivant les observateurs, et l'on en est encore à demander une description claire, nette et précise de la symptomatologie, de l'évolution et de la nature de ce groupe morbide. Dans ces deux dernières années, Duhring a, à plusieurs reprises, attiré l'attention des dermatologistes sur ce qu'il considère comme une entité morbide distincte, et qu'il a constitué pour comprendre les cas semblables à celui qui précède, ainsi que beaucoup d'autres éruptions dont on a jusqu'ici publié des exemples sous les noms les plus divers : c'est la maladie qu'il a décrite sous le nom de dermatitis herpetiformis. Le Dr L. D. Bulkley expose alors les idées de Duhring à ce sujet, idées que nos lecteurs connaissent par nos précédentes analyses. Il en aborde ensuite la discussion.

Il ne croit pas tout d'abord que le polymorphisme des éruptions et que la variété si grande des manifestations cutanées de la dermatitis herpetiformis puissent être considérés comme une objection sérieuse à la réalité de son existence en tant qu'entité morbide bien définie, puisque d'autres dermatoses dont la réalité ne fait aucun doute pour personne, telles que l'eczéma, la gale, l'érythème polymorphe, sont également remarquables par la variété de leurs modalités éruptives. Malheureusement il y a, d'après lui, d'autres objections beaucoup plus sérieuses à formuler. Ce sont les suivantes :

1° Sommes-nous en présence d'une maladie distincte, ayant des symptômes pathognomoniques et des causes bien nettes, sur lesquels on puisse baser une description légitime et un traitement ?

2° Arriverons-nous à mieux connaître la nature, la cause, le traitement de ces cas, dont plusieurs ont été classés avec d'autres affections, en les groupant sous un seul et même nom ?

3° Le nom de dermatitis herpetiformis est-il excellent pour exprimer la nature et le caractère de la maladie ?

1° Examinant la première des trois questions qui précèdent, l'auteur déclare que plus il réfléchit à ces cas d'éruption inflammatoire multiforme, avec prurit, plus il est convaincu que nous ne connaissons encore ni leur nature ni leur cause, et que leur origine première doit sans doute résider dans quelque important trouble nerveux ; il est probable, ajoute-t-il, qu'il doit y avoir quelque lésion dans les centres ou dans les troncs nerveux, ainsi que cela se produit dans l'herpès zoster et dans le pem-

phigus. Mais il est encore impossible de savoir si tous ces cas reconnaissent la même cause ou même des causes similaires, et il est encore nécessaire de faire de fort nombreuses études cliniques et pathologiques avant de pouvoir en écrire l'histoire complète. « Il croit, toutefois, que les cas identiques à celui qu'il vient de publier et que plusieurs de ceux qui ont été relatés par Duhring et d'autres observateurs appartiennent à une classe de maladies qui n'a pas encore été décrite dans les ouvrages didactiques, et il veut bien qu'on les groupe sous un seul et même nom, et qu'on reconnaisse qu'ils représentent une affection à part, bien qu'il soit persuadé que plus tard on voudra isoler des cas individuels présentant des éléments particuliers d'origine. Il est même jusqu'à présent quelque peu problématique que l'on soit en droit de créer une seule maladie en réunissant les divers cas dont nous parlons sans tenir lieu de leur étiologie si variée. »

2° Discutant la deuxième question, l'auteur croit que, jusqu'à ce que l'on connaisse mieux l'étiologie et la pathologie de toutes ces affections, réunies par Duhring dans sa dermatitis herpetiformis, on a plutôt à perdre qu'à gagner à les mettre dans un seul et même groupe morbide : car les conditions dans lesquelles elles ont été observées sont par trop différentes ; il se demande si, en adoptant sa conception, d'ailleurs fort séduisante, on ne court pas le danger de négliger de faire une étude précise et rigoureuse de ces divers cas, étude qui pourrait conduire à un traitement plus logique et plus efficace. Il croit que Duhring a tenté de faire rentrer trop de choses dans son type morbide ; c'est ainsi qu'il ne peut admettre que l'herpès gestationis ait aucune relation avec l'affection dont il vient de publier un exemple.

3° Enfin le Dr L. D. Bulkley ne trouve pas suffisamment justifiée l'expression de dermatitis herpetiformis appliquée aux faits dont nous parlons. Le mot dermatitis est des plus vagues, peut servir à désigner une grande quantité d'éruptions, et demande par conséquent un qualificatif qui exprime le caractère principal de l'affection. Or, l'adjectif herpetiformis ne lui semble nullement remplir ce but : car les éléments herpétiques ne sont qu'une des modalités éruptives de l'affection. Pour lui, il préférerait de beaucoup le mot *multiformis* ou *neuritica*, pour exprimer que dans la grande majorité des faits l'élément nerveux est en jeu ; mais le nom qu'il adopterait le plus volontiers est celui de *dermatitis prurigiosa*, par lequel on indique qu'il y a un élément inflammatoire, et par lequel on rappelle que le symptôme constant par excellence est le prurit.

A la suite de la lecture du travail précédent à la Société dermatologique de New-York, le 23 février 1886, une discussion s'est engagée sur cette question. Le Dr Bronson déclare qu'il a vu plusieurs cas sembla-

bles à ceux que Duhring a rangés dans sa dermatitis herpetiformis. Il croit, pour sa part, que des affections diverses ont été confondues sous ce nom. Il est disposé à admettre, toutefois, qu'il est possible qu'elles aient un élément commun. Le nom donné par Duhring semblerait faire croire que cet élément serait voisin de l'herpès; pour lui, la maladie se rapproche beaucoup plus du pemphigus que de l'herpès. D'après une étude attentive qu'il a faite de ces cas, il croit pouvoir dire que la forme initiale de l'éruption est une vésicule sans aréole inflammatoire; or, c'est là le signe pathognomonique du pemphigus. Ce n'est que plus tard que surviennent les autres lésions inflammatoires, consécutives au prurit et au grattage.

Le Dr Morrow déclare qu'il n'a pas d'opinion bien arrêtée sur la nature de l'affection en question et sur le nom qu'il convient de lui donner. Si son origine nerveuse est incontestable, il préférerait le nom de *trophoneurotic dermatitis*. Dans trois cas qu'il a observés, et qui répondent bien à la description de Duhring, ce qui dominait, c'était le polymorphisme des éléments éruptifs, leur chronicité et leur caractère prurigineux, mais non leur forme herpétique; aussi croit-il que le nom de dermatitis herpetiformis est fort discutable. Il pense que le dermatologiste de Philadelphie est peut-être allé trop loin en essayant de grouper toutes ces affections vésiculeuses, dont les connexions étiologiques ne sont rien moins que démontrées; il a rangé dans ce groupe l'hydraea de Bazin, dont les rapports avec l'arthritisme ont été bien mis en relief par l'école française, et l'impetigo herpetiformis d'Hebra, lequel en diffère complètement par son origine et son évolution.

Le Dr Allen a également vu des exemples de la maladie décrite par Duhring; il préfère le nom de dermatite multiforme, car l'élément herpétique peut faire totalement défaut.

Le Dr Sherwell pense que plusieurs des cas compris par Duhring dans sa dermatitis herpetiformis, l'herpès gestationis en particulier, se rattachent à la septicémie ou à la pyohémie. D'autres doivent être regardés, au contraire, comme appartenant à l'hydraea ou à des formes anormales de pemphigus. D'après lui, si l'on doit adopter un nom pour désigner ces éruptions, il vaudrait mieux choisir celui de dermatite multiforme.

Le Dr Robinson n'accepte ni le mot dermatitis herpetiformis, ni aucun de ceux qui ont été proposés par les auteurs précédents: car il ne voit aucun avantage à grouper sous une même dénomination des lésions aussi différentes les unes des autres comme étiologie et pathologie. Le Dr Piffard fait les mêmes objections; il ajoute qu'il ne voit pas pourquoi on admettrait que certains des faits décrits par Duhring et L.-D. Bulkley ont une origine nerveuse; jusqu'ici, en effet, on n'a jamais démontré

qu'il y eût, dans ces cas, une lésion nerveuse définie; cependant il rappelle qu'il a proposé, il y a environ deux ans, le mot de dermatite multiforme, pour désigner, jusqu'à nouvel ordre, ces affections encore bien obscures et non classées.

Nous nous bornerons à faire remarquer que nous avons déjà formulé la plupart de ces objections dans nos analyses de 1884 et de 1885 et que nos articles ont même été, en partie, reproduits par la presse américaine.

III — L'auteur rappelle que c'est Bazin qui a donné le premier au mot hydroa un sens précis. Depuis les travaux de ce dermatologiste, ce terme est adopté en France, en Angleterre et en Amérique, tandis qu'il est à peu près inconnu en Allemagne. Le travail que nous analysons a pour but d'en préciser la signification. Il commence par déclarer qu'on ne saurait accepter la dénomination d'hydroa donnée par Hutchinson aux éruptions bulleuses de l'iodure de potassium. Quant à Bazin, il a décrit trois variétés d'hydroa :

1° La première variété, ou hydroa vésiculeux, est, d'après l'aveu même du dermatologiste français, l'affection à laquelle Bateman avait donné le nom d'herpès iris; aussi, ajoute le Dr H.-R. Crocker, cette variété n'a-t-elle pas de raison d'être. Tilbury Fox a bien, il est vrai, désigné quelques faits sous le nom d'hydroa vésiculeux ou mieux d'hydroa simplex; mais l'auteur, qui a travaillé pendant trois ans avec lui, ne lui a vu jamais porter ce diagnostic, et, d'après le propre frère de Tilbury Fox, les cas en question seraient des variétés d'*acne vulgaris* ou de *papular urticaria*; aussi ne faut-il pas tenir trop de compte de cette œuvre posthume (*American Arch. of dermatology*, vol. VI, 1880, p. 16) du célèbre dermatologiste anglais;

2° La deuxième variété d'hydroa reconnue par Bazin, ou hydroa vacciniforme est, d'après Tilbury Fox, une variété d'hydroa bulleux dans laquelle l'ombilication est très marquée; mais R. Crocker avoue ne pas trop savoir quelle est l'affection que Bazin a voulu désigner sous ce nom;

3° La troisième variété, ou hydroa bulleux, est appelée par Fox hydroa *pruriginosum*; c'est une affection fort rare, souvent précédée de symptômes généraux et caractérisée par un prurit des plus intenses et par la formation de petites bulles. Voici la description qu'en donne R. Crocker d'après les cas qu'il a observés : Les bulles ne dépassent pas la grosseur d'un pois; elles commencent comme des vésicules, sans aucune lésion antérieure; elles augmentent ensuite un peu de dimension, et leur contenu, de transparent qu'il était, devient opalescent en quelques heures. Le contenu de la bulle tend à se résorber; une petite ombilication centrale se produit; enfin la bulle se dessèche et laisse une croûte mince, ou bien, si on la gratte, une croûte sanguinolente; aux endroits où les bulles se sont réunies par confluence, les croûtes sont foliacées, assez

semblables à celles du pemphigus foliacé. Au-dessous des croûtes se trouve une surface rouge qui reste ensuite pigmentée. L'éruption se fait par une série de poussées successives; les bulles sont discrètes ou irrégulièrement groupées, mais jamais en cercles; les lésions peuvent être partielles ou générales, mais dans ce cas il y a toujours des intervalles de peau saine; toutes les parties du corps, y compris la paume des mains et la plante des pieds, peuvent être intéressées, mais presque toujours certaines sont plus prises que les autres. La maladie peut persister pendant plusieurs mois et a des tendances à récidiver. Le phénomène général le plus sérieux est le manque de repos que détermine le prurit excessif; on peut d'ailleurs observer toutes les conséquences du grattage. Cette maladie ne commence pas toujours par des bulles; elle peut aussi débiter par des plaques circonscrites d'érythème; parfois on voit se développer des bulles de véritable pemphigus; dans une autre variété décrite par Tilbury Fox, on voit se former des poussées de petites bulles qui laissent après elles de petits boutons rouges indurés; Tilbury Fox la regarde comme correspondant au *pemphigus pruriginosus* de Willau et Bateman.

D'autre part, Tilbury Fox a décrit, sous le nom d'hydroa herpétiforme, plusieurs cas d'éruption cutanée qu'il regarde comme une forme exagérée d'hydroa vésiculeux: car il dit que l'on peut observer tous les intermédiaires entre ces deux types et que les cas mixtes sont assez fréquents. Or, on retrouve dans cet hydroa herpétiforme de Tilbury Fox les mêmes caractères d'érythème circonscrit, de bulles sur les pieds, cette tendance aux vésicules sur une main et aux bulles sur l'autre, ce prurit intense que nous venons de signaler dans l'hydroa bulleux. Aussi, d'après R. Crocker, l'hydroa herpétiforme de Tilbury Fox et l'hydroa bulleux doivent-ils être considérés comme fort voisins l'un de l'autre; très probablement l'hydroa bulleux n'est qu'une phase peu fréquente de l'hydroa herpétiforme. Aussi ne s'occupera-t-il que de ce dernier type.

L'hydroa herpétiforme de Fox, ajoute-t-il, correspond au pemphigus pruriginosus de Chaussat et de Hardy, à l'herpès gestationis de Milton et Bulkley, à l'herpès circinatus bullosus d'Erasmus Wilson, et à la dermatitis herpetiformis de Duhring. Ce dernier auteur ne semble pas s'être aperçu que l'hydroa herpétiforme de Fox répondait à sa dermatitis herpetiformis; or, R. Crocker aime mieux conserver la dénomination de Fox, parce qu'il a, le premier, donné à l'affection qui nous occupe l'extension et la généralisation qu'elle mérite, et puis parce qu'elle a évidemment des rapports étroits avec l'hydroa bulleux et qu'il serait irrationnel de les considérer comme des affections distinctes. En une seule année, l'auteur a pu recueillir les cas suivants qu'il regarde comme des exemples de cette dermatose.

Cas I. — Femme âgée de 34 ans, venue à l'hôpital le 24 septembre 1885, un peu maigre et pâle, mais bonne santé générale. Son éruption a commencé en 1874; au troisième mois de sa deuxième grossesse; elle persista jusqu'à sa délivrance; trois jours après son accouchement, elle eut une forte recrudescence, puis elle alla de mieux en mieux, et trois semaines après elle était guérie.

La deuxième poussée commença au troisième mois de sa troisième grossesse, en 1877, elle évolua comme la première, si ce n'est qu'après l'exacerbation qui survint le troisième jour après l'accouchement, elle continua à avoir des poussées de moins en moins fortes, tous les quinze jours, pendant trois mois.

L'éruption actuelle a commencé à la troisième ou à la quatrième semaine de sa quatrième grossesse, il y a environ une semaine. Elle a débuté par la partie antérieure des avant-bras ou sur les pieds; elle est précédée d'un prurit absolument intolérable, puis apparaissent des plaques rouges, arrondies, légèrement surélevées, d'un demi-pouce de diamètre environ; elles s'élargissent, peuvent devenir confluentes, et parfois gagnent toute l'étendue du bras en trois jours. Des bulles apparaissent sur les plaques; parfois il se forme une couronne de vésicules avec une bulle centrale, mais la rougeur continue encore à s'étendre. Tous les quinze jours, il se produit une exacerbation, puis une diminution graduelle dans l'intensité des éruptions nouvelles. Lors des exacerbations, et surtout après l'accouchement, l'éruption couvre tout le tronc, les cuisses, les pieds, les chevilles, les bras, les avant-bras et les mains; mais les jambes proprement dites sont bien moins intéressées, le cou et le visage ne le sont qu'un peu. Sur les fesses, elle atteint son maximum et y est constituée par des bulles; sur la partie supérieure du tronc, au contraire, il n'y a guère que des éléments érythémateux avec ou sans petites vésicules. Partout où se sont formées des bulles, il persiste une macule brunâtre. Le prurit est excessivement intense, jusqu'à ce que la bulle soit formée; il est alors remplacé par de la douleur et de la tension qui diminuent beaucoup lorsque le liquide est évacué. Aux pieds, on trouve des bulles sur la face dorsale, mais seulement des rougeurs prurigineuses à la face plantaire.

Cas II. — Femme âgée de 48 ans, vint consulter l'auteur le 19 décembre 1884; elle n'est plus réglée depuis quelque temps et n'a jamais eu de troubles utérins. Elle s'est beaucoup fatiguée, cet été, en soignant une sœur malade, et depuis douze ans elle a de temps en temps des accès de fièvre intermittente pour lesquels elle a pris de fortes doses de quinine; mais elle ne faisait pas usage de ce médicament quand l'éruption actuelle a commencé. En juillet, elle en a eu une première et légère atteinte sur la cuisse gauche: la poussée actuelle a commencé environ trois semaines avant que Radcliffe Crocker ne la vit. Elle débuta tout d'abord par une large plaque d'urticaire passagère sur la cuisse gauche, puis elle envahit la partie antérieure des poignets, les hanches et la partie inférieure de l'abdomen. Lorsque le Dr R. Crocker put l'observer, l'éruption était surtout abondante en ces points, mais on en trouvait aussi sur la partie externe de la jambe, au-dessous du genou, et sur les bras, la poitrine et le cou; il y en avait beaucoup sur les fesses et fort peu sur la partie postérieure des avant-bras et des cuisses. L'éruption commençait par un prurit des plus intenses, puis on voyait se développer une papule d'un rouge sombre, d'un quart de pouce de diamètre environ, qui s'agrandissait peu à peu; fort souvent, il se formait une bulle au centre, et

des papules, qui devenaient ensuite vésiculeuses, se développaient tout autour en forme de cercle; elles se réunissaient avec des éléments éruptifs voisins et donnaient ainsi naissance à de larges placards irréguliers de plusieurs pouces d'étendue; tout autour se voyaient des éléments isolés à tous les degrés d'évolution. Lorsque l'auteur vit la malade pour la première fois, elle présentait toutes les formes éruptives que nous venons de signaler: en certains points du corps se trouvaient des bulles d'un quart à trois quarts de pouce de diamètre, plus ou moins exactement groupées en cercle avec une bulle centrale, en d'autres points se voyaient des bulles irrégulièrement disséminées, à contenu transparent ou légèrement opalescent; en d'autres points encore prédominaient des éléments érythémateux formant des papules, des cercles complets ou des segments de cercle. Par places se voyaient des macules rougeâtres, vestiges d'éruptions antérieures. Sous l'influence de l'arsenic à haute dose, la maladie diminua beaucoup d'intensité, et vers le 31 juillet 1885, elle avait complètement disparu.

Cas III. — Femme âgée de 21 ans, accouchée, le 10 novembre 1884, d'un enfant qui succomba le 5 décembre de la même année. Depuis lors, son état moral est resté mauvais. Le 5 janvier 1885, elle remarqua une petite plaque d'éruption vers la mâchoire; puis cette plaque grandit, gagna le visage, la poitrine, le dos, les bras; vers le 18 janvier, une petite bulle se forma au visage, puis d'autres apparurent successivement sur le cou, derrière les oreilles, sur la poitrine, sur les bras, dans le dos. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, le 24 janvier, les téguments du visage, du cou et du dos étaient le siège d'une hyperesthésie des plus marquées; le moindre frottement faisait tressaillir la malade. Sur le visage, l'éruption consistait en petites papules rouges saillantes, de la grosseur d'un grain de millet. Sur les parties latérales du sternum étaient des vésicules de la grosseur d'un pois, entourées d'une aréole rouge; sur le sternum et la poitrine, à gauche, l'éruption était papuleuse. Sur le dos se voyait une éruption papuleuse un peu rouge tenant à devenir vésiculeuse. Plus bas se voyaient, à gauche, quelques bulles de la grandeur d'une pièce de six pence. On trouvait encore des papules vers les aisselles, sur la partie antérieure des avant-bras, et de petites bulles sur le deltoïde gauche. Sur la face dorsale des mains, on trouvait quelques plaques; celles du bord externe de la main droite étaient circonscrites. En somme, l'éruption était composée de papules érythémateuses, convexes, formant des groupes qui se réunissaient et constituaient ainsi des cercles ou des segments de cercle. Sur ces divers éléments se formaient les vésicules ou les bulles. Les papules isolées pouvaient aussi s'agrandir; lorsqu'elles avaient la dimension d'un pois, le centre s'affaissait, puis en même temps la lésion s'étendait périphériquement, formant ainsi des anneaux ou des éléments circonscrits: leurs bords pouvaient alors se recouvrir aussi de vésicules. L'éruption était prurigineuse. L'évolution ultérieure n'est pas mentionnée.

Cas IV. — Homme de 45 ans, entré à l'hôpital le 18 février 1885, présentant des symptômes de dilatation veineuse presque généralisée, est atteint, depuis trois semaines, d'une éruption constituée par des plaques rouges fort prurigineuses sur l'abdomen. Des bulles se sont montrées trois jours après le début; elles se sont toujours produites aux pieds et aux chevilles, et n'ont pas été précédées de plaques érythémateuses. L'élément érythémateux prédomine, au contraire, sur l'abdomen, sur le dos au-dessous des épaules, sur la partie antérieure et externe des cuisses, sur les fesses; il est moins abondant sur le tiers supérieur externe de la jambe et la partie antérieure

des poignets. Il consiste en plaques légèrement surélevées avec bords d'un rouge brillant, à centre pourpre et affaissé; il est disposé en cercles, segments de cercle, mais aussi en papules aplaties. L'arsenic, même à haute dose, n'eut aucun effet; le 6 mai 1885, on administra la teinture de belladone; sous l'influence de ce médicament, les poussées éruptives devinrent moins fortes, moins fréquentes, et le 12 août la guérison fut obtenue. Le prurit était fort intense.

Cas V. — Homme âgé de 29 ans, entré le 4 mars à l'hôpital, de bonne constitution apparente. Son éruption a commencé depuis quatre ou cinq semaines par la face antérieure du bras gauche, puis elle a envahi la jambe gauche, le tronc, le bras droit et la jambe droite, presque tout le corps, à l'exception du cuir chevelu, en ayant son maximum sur la parie antérieure du tronc et les surfaces d'extension des membres. Elle consistait en plaques irrégulières d'un demi-pouce de diamètre environ; elles tendaient à s'affaisser au centre, et à former des cercles irréguliers légèrement surélevés, d'une teinte rosée, ne disparaissant pas complètement par la pression. A un examen fort minutieux, on voyait qu'ils étaient constitués de papules fort peu élevées. Sur les deux mains, des vésicules avaient paru, quelques-unes avaient formé, par confluence, des bulles irrégulières. Le prurit était fort intense. Le malade guérit très vite par l'administration interne de l'arsenic.

Cas VI. — Jeune homme de 18 ans, entré à l'hôpital le 25 juillet 1885, il fut pris, dans la première semaine de juin, de mal de gorge et d'une éruption de papules d'un rouge rosé sur l'abdomen; tous ces symptômes disparurent au bout de quelques jours. Vers la fin de juin, une nouvelle éruption se montra sur la poitrine; elle était constituée d'éléments colorés, parsemés de papules pâles; elles étaient, le soir, le siège de démangeaisons intolérables, et, le lendemain matin, étaient remplacées par de petites bulles; puis le prurit s'apaisait, et la partie malade était tendue et douloureuse. L'éruption affectait le même type sur la partie interne des bras, sur les jambes et les cuisses, les pieds et les mains, y compris leurs faces palmaire et plantaire; mais sur la figure, les bulles se formaient sans rougeur prémonitoire. Par places, les lésions avaient nettement le caractère circiné.

Le 31 juillet, une éruption circonscrite érythémateuse se montra vers les parties latérales de la plante des pieds, et la température atteignit en même temps 102°,2. De plus, se montrèrent çà et là des vésicules qui, peu à peu, s'agrandissaient et devenaient des bulles, parfois disposées en cercles. Il s'en produisit sur la voûte palatine, sur la langue. Des lésions d'érythème circiné se montrèrent aussi sur les fesses, les cuisses, l'abdomen. Sous l'influence de l'administration de l'arsenic à haute dose, les lésions diminuèrent d'intensité, puis disparurent complètement vers le mois de septembre.

Ayant alors repris ses occupations, il eut une récidive, et il revint à l'hôpital le 15 octobre, beaucoup plus mal qu'il n'avait jamais été. Sur les membres inférieurs, les bulles atteignaient jusqu'à un pouce et un pouce et demi de diamètre; leur contenu était séro-purulent et même purulent; il en avait également au voile du palais et sur les amygdales. Le 11 novembre, il eut une éruption d'érythème circiné sur l'abdomen, éruption qui ne fut pas suivie en ce point de formation de bulles, bien qu'il s'en montrât encore en d'autres régions. Dès lors, l'amélioration commença à se produire, sans doute sous l'influence du traitement; les bulles devinrent moins volumineuses, le prurit cessa peu à peu, et le 10 décembre, il quitta l'hôpital, guéri. Le traitement employé consista en injections sous-cutanées d'atropine,

puis on administra de la quinine à l'intérieur, et c'est cette dernière médication qui semble avoir amené la guérison.

Cas VII. — Jeune fille de 13 ans ; un mois avant son admission à l'hôpital, elle a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui lui a laissé un souffle systolique à la pointe. Une semaine auparavant, elle avait eu une éruption identique à celle qu'elle présente en ce moment, et qui a commencé le 19 août par les mains, en respectant leur face palmaire, puis qui a envahi les avant-bras, les fesses, la partie postérieure des cuisses, les genoux, la partie supérieure des jambes, les mollets, la face dorsale des pieds, les parties latérales des joues. L'éruption consiste en plaques érythémateuses, de forme irrégulière, variant comme dimensions d'un huitième à un quart de pouce de diamètre, sauf aux endroits où elles sont devenues confluentes. Les plaques sont surmontées de toutes petites vésicules dont les dimensions ne dépassent pas celles de la tête d'une épingle, et qui tendent à former des groupes de deux à cinq, mais qui sont parfois isolées. Leur contenu est transparent ; pendant la nuit, la malade éprouve un peu de prurit, mais pas assez pour qu'elle ne puisse dormir. Les 21 et 22 août, l'éruption augmente d'intensité, tout en conservant les mêmes caractères. On prescrivit un purgatif ; dès le 23, l'éruption commença à disparaître, et le 24 il n'en persistait plus comme vestige qu'une légère desquamation indiquant l'endroit où se trouvaient les vésicules.

Cas VIII. — Homme âgé de 40 ans, admis à l'hôpital le 24 octobre 1878 : il avait la jambe gauche atrophiée à la suite d'une paralysie infantile ; sa santé générale fut excellente jusqu'en février 1876. A cette époque, après une violente émotion morale, il vit se produire sur l'abdomen une éruption constituée par des plaques érythémateuses circinées ; chaque circination s'agrandit rapidement jusqu'à avoir de huit à neuf pouces de diamètre ; elle durait environ une semaine. Peu après, des groupes de six à huit vésicules, variant comme grosseur de celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois, apparurent sur les plaques. Quelques mois plus tard, le malade alla dans le North Wales faire une saison d'eaux minérales, laquelle aggrava l'éruption et amena l'apparition de vésicules de la grandeur d'un shilling. Lorsqu'il cessa l'usage des eaux minérales, les vésicules reprirent leurs dimensions premières. Pendant les années 1876, 1877 et 1878, tout le corps fut plus ou moins intéressé ; les rechutes se produisaient surtout après toutes les causes d'irritation, les changements de température, les boissons ou les aliments excitants. Le prurit était fort intense la nuit et lorsque le malade avait chaud. Lors de l'admission, l'éruption occupait les bras et les jambes, l'abdomen, la poitrine, le cou et un peu le dos et le visage. Le corps tout entier était moucheté de taches blanches, vestige des lésions antérieures. L'éruption était constituée par des vésicules de forme irrégulière, de petites dimensions, d'ordinaire sans aréole. Le 2 novembre, on assista à une poussée nouvelle qui se fit surtout sur le cou et la poitrine, et fut caractérisée par des vésicules d'une grandeur qui variait de celle d'un grain de millet à celle d'un quart de pouce de diamètre, formant par places des bulles par confluence. Il quitta l'hôpital, soulagé, le 13 novembre 1878.

L'auteur fait suivre ces huit observations de quelques considérations. Il fait remarquer que les cas V et IV diffèrent beaucoup des cas I et II : car tandis que dans les deux premiers les éléments vésiculeux et bulleux ont prédominé, ces éléments étaient localisés en une seule région dans

les deux autres. Mais le cas III établit un lien entre ces deux groupes de faits. Ce sont ces différences si multiples et si variées dans la façon dont se combinent les éléments érythémateux et bulleux, dans le contenu séreux ou purulent des bulles, qui ont, jusqu'à ces derniers temps, empêché de réunir toutes ces formes cliniques sous un seul et même nom.

On a essayé de faire de l'hydroa une éruption bulleuse dans laquelle toutes les bulles sont petites, mais de dimensions variables, d'un grain de millet à un pois. Ce n'est vrai que jusqu'à un certain point, ainsi que le montre le cas VI. Le cas VII, au contraire, ressemble aux autres par le groupement herpétiforme des vésicules; mais il en diffère par la petitesse uniforme de ces vésicules, leur prédominance vers les articulations, le prurit fort modéré, les étroites relations apparentes de l'éruption avec le rhumatisme aigu, et sa courte durée. Par toutes ces particularités ce fait se rapproche beaucoup de l'érythème multiforme; aussi R. Crocker le considère-t-il comme constituant un fait de passage entre l'érythème polymorphe et l'hydroa, et lui donne-t-il le nom d'érythème vésiculeux herpétiforme. Le cas VIII, dû à Tilbury Fox, montre, d'après l'auteur, combien la grosseur des bulles est un élément inconstant qui peut varier aux différentes périodes de l'éruption chez le même individu.

Duhring, ajoute l'auteur, fait également rentrer dans ce groupe l'impetigo herpeticiformis d'Hebra; il n'est pas douteux que l'on puisse observer parfois quelques pustules dans l'impetigo herpeticiformis, ainsi que cela a eu lieu dans la rechute du cas VI. Duhring, relatant un cas semblable avec pustules, lui donne le nom d'impetigo herpeticiformis. Or, R. Crocker ne peut accepter que ce cas soit identique avec la maladie décrite par Hebra. Cette dernière affection n'a de commun avec l'hydroa herpétiforme que la forme des pustules et leur disposition en groupes souvent circulaires et pouvant s'agrandir par la périphérie, tandis que les lésions se dessèchent au centre; elle en diffère complètement par l'absence totale d'éléments érythémateux, vésiculeux, bulleux: car l'éruption est d'emblée pustuleuse et n'est nullement prurigineuse; les symptômes généraux sont des plus graves et, dans la plupart des cas, se terminent par la mort. Il est donc tout à fait prématuré de ranger ces deux groupes de faits si différents sous un seul et même titre. Il est fort intéressant de noter que, jusque dans ces derniers temps, tous les cas d'impetigo herpeticiformis avaient été observés chez des femmes enceintes et en état de puerpéralité; or, l'année dernière, on en a observé un cas chez un jeune homme de Vienne, et, à son autopsie, on a trouvé une péritonite purulente.

L'auteur termine par les conclusions suivantes: 1° Il existe un groupe de maladies distinctes du pemphigus, de l'herpès, de l'érythema exsudativum, bien que présentant quelques points communs avec chacune de ces

affections; la dénomination d'hydroa herpétiforme lui convient, et il a l'avantage d'avoir été déjà proposé par Tilbury Fox; 2° il faut réserver ce terme d'hydroa aux formes éruptives dont on vient de publier des exemples, et l'on ne doit pas y faire rentrer diverses éruptions bulleuses anormales; 3° les traits distinctifs de ce groupe sont la présence (à une période quelconque de l'évolution de la dermatose) d'érythème affectant surtout, mais non exclusivement, le type circiné, de vésicules, de bulles, de pustules ayant une tendance à se grouper à la façon des herpès. Ces divers éléments sont mélangés en quantités variables: tantôt l'un, tantôt l'autre prédomine. L'affection est toujours accompagnée d'un prurit d'une extrême intensité; elle a une évolution d'ordinaire fort longue, avec des rémissions et des exacerbations fréquentes, et une tendance marquée aux récidives, même après de longues périodes d'accalmie; elle se termine par la guérison. Un régime substantiel mais sans alcool, le repos intellectuel et physique, l'usage interne de l'arsenic à hautes doses, et, en cas d'insuccès, la teinture de belladone et la quinine constituent les bases du traitement.

L. B.

IV. — Le cas suivant me semble constituer un document des plus intéressants pour l'histoire des pemphigus. Il s'agit d'une femme, mère de 5 enfants, d'origine écossaise, de bonne constitution; le 1^{er} janvier 1874, elle accoucha de son troisième enfant sans le moindre accident. Cinq jours après l'accouchement elle vit survenir sur ses mains et ses bras des bulles remplies d'un liquide transparent, pour la plupart de forme ovale, et dont les dimensions variaient de celles d'un pois à celles d'une grosse noisette. Leur contenu se troubla bientôt, puis se dessécha au bout de quelques jours en laissant une croûte ou bien une surface excoriée. Des éruptions successives se firent en ces régions; parfois elles envahissaient tout le bras et toute la jambe, parfois même le tronc. Après quatre semaines environ de traitement tonique elle guérit.

Trois jours après son quatrième accouchement, qui eut lieu le 6 avril 1876, elle vit survenir chez elle la même éruption qui gagna les mains, les pieds, les bras, les jambes et même le corps. Sur les mains, les pieds et les jambes, au-dessous du genou, elle était si abondante que les bulles devenaient confluentes et qu'on ne pouvait trouver entre elles un seul espace de peau saine. Les sensations de brûlure et de cuisson étaient tellement douloureuses qu'elles l'empêchaient de dormir nuit et jour. Après un traitement tonique de trois mois, elle guérit complètement et jouit de nouveau d'une excellente santé jusqu'à sa cinquième grossesse.

Elle était enceinte depuis trois mois environ, lorsqu'elle fut reprise de cette éruption qui dura jusqu'au septième mois de sa grossesse; elle disparut alors. L'accouchement se fit dans les meilleures conditions; l'enfant était superbe; mais trois jours après l'éruption reparut et céda à un traitement tonique de quelques jours.

Le 10 mai 1885, l'auteur fut appelé de nouveau auprès de cette femme; elle avait eu à supporter beaucoup de fatigues depuis deux ans et elle était si faible qu'elle pouvait à peine se tenir debout. Elle avait de l'œdème des jambes et ses urines renfermaient une grande quantité d'albumine. Malgré le

traitement institué, elle déclina peu à peu et succomba le 1^{er} octobre. A l'autopsie on ne trouva que des lésions rénales; c'était le rein blanc, mais sans grande augmentation de volume.

L. B.

V. — Le malade était un homme, âgé de 37 ans, fort buveur, n'ayant jamais eu aucune maladie vénérienne: son père était scrofuleux, mais tous les autres membres de sa famille étaient bien portants. Pendant les douze dernières années, il avait eu plusieurs éruptions cutanées; mais, pendant une période de près de trois ans avant la maladie actuelle, il avait été comparativement indemne de toute dermatose. Il y a trois mois, l'éruption actuelle commença par des placards petits, rouges, quelque peu squameux, lesquels augmentèrent peu à peu d'étendue, devinrent confluent, et finirent par recouvrir toute la surface des téguments, à l'exception de la face dorsale des mains et des poignets et des membres inférieurs au-dessous des genoux, points où elle existe sous forme de plaques rouges et arrondies. A deux reprises l'éruption a atteint la généralisation actuelle, mais jamais la desquamation n'a été aussi abondante qu'en ce moment; elle est constituée par des squames papyracées, sèches, faciles à détacher à leur point d'insertion et recouvrant une peau rouge, sèche, brillante, non infiltrée. L'intérêt tout particulier de ce cas consiste en la présence d'innombrables vésicules et vésico-pustules de la grosseur d'une tête d'épingle; elles criblent la paume des mains et la plante des pieds; on les voit former au-dessous de l'épiderme épais de ces régions comme des points opaques ou jaunâtres. Au milieu des paumes des mains elles sont devenues confluentes, et ont complètement détaché l'épiderme. On voit aussi, autour des plaques rougeâtres de la face dorsale des mains, des poignets et des extrémités inférieures, de petites pustules très voisines les unes des autres et formant une couronne autour de ces plaques.

VI. — Le 21 février 1886, l'auteur est appelé pour voir une malade de 45 ans, très forte et quelque peu nerveuse. Elle avait toujours eu une bonne santé antérieure; en particulier elle n'avait jamais eu d'affection cutanée. L'éruption actuelle a débuté vers le 1^{er} février, à la suite d'une soirée très fatigante. En rentrant chez elle fort tard, elle fut prise d'un violent frisson, et le lendemain elle s'aperçut qu'elle avait une plaque rouge au creux de l'estomac: cette plaque était le siège de démangeaisons légères, et elle s'étendit rapidement; dans les premiers temps la desquamation n'était pas abondante, il y avait un prurit léger: jamais il n'y eut de suintement.

Lorsque l'auteur vit la malade pour la première fois, il y avait environ vingt et un ou vingt-deux jours que l'affection avait débuté. La poitrine, l'abdomen, les bras, le dos et les cuisses présentent l'aspect ordinaire du pityriasis rubra. Il n'y a ni suintement, ni croûtes, ni infiltration appréciables. La peau est brillante et d'une teinte violacée foncée. La malade se plaint d'une violente sensation de brûlure et de tension des téguments: le prurit a notablement diminué. Le matin on peut recueillir dans les draps une poignée de squames; mais elles sont moins grandes que d'ordinaire, et ont de la tendance à être furfuracées. Le visage et les jambes, au-dessous du genou, ne sont pas envahis.

Trois ou quatre jours plus tard, vers le vingt-quatrième jour de la maladie, on voit se former sur les cuisses, l'abdomen et les fesses, là où la peau était fort enflammée, un grand nombre de bulles bien pleines, variant comme grandeur de celle de l'ongle à celle d'une pièce de 25 cents en argent (un peu plus grande qu'une pièce de 1 franc). Cette éruption nouvelle

a été précédée d'un frisson des plus nets et suivie d'une légère élévation de la température. La malade s'est d'ailleurs hâtée d'ouvrir les bulles à cause de la douleur qu'elles lui causaient. Leur contenu était liquide. Chaque poussée bulleuse est de douze bulles environ, et chaque poussée est précédée d'un frisson. Il n'y a aucune régularité dans leur apparition : c'est tantôt le matin, tantôt dans l'après-midi que la malade les voit se former à la suite d'un frisson. Les bulles ne sont pas groupées, mais irrégulièrement disséminées sur la surface des téguments.

Le Dr Hardaway administre la quinine, et au bout d'une semaine les bulles cessent de se produire. Quelque temps après le Dr Eversole voit la malade et il constate que l'affection a repris toutes les allures du pityriasis rubra.

L. B.

BIBLIOGRAPHIE.

DIE SYPHILIS UND DIE VENERISCHEN KRANKHEITEN (LA SYPHILIS ET LES MALADIES VÉNÉRIENNES), par le Dr FINGER, docent à l'Université de Vienne (1 vol. gr. in-8°, chez Teplitz et Deuticke).

La littérature syphiligraphique, qu'on pourrait croire surchargée, s'enrichit presque chaque année d'un nouvel ouvrage, soit en France, soit à l'étranger. Celui dont nos lecteurs me sauront gré de dire ici quelques mots me paraît, parmi ses autres titres, mériter l'attention toute particulière des praticiens et des étudiants. Tout en restant complet, l'auteur s'est attaché à exposer, de la manière la plus précise et la plus claire, les données essentielles propres à servir de guide au médecin dans l'étude des maladies vénériennes. Très au courant de tous les travaux qui ont été publiés dans chaque pays, cet ouvrage donne une idée exacte de la science syphiligraphique à l'heure actuelle. Ancien assistant du professeur Neumann, et déjà connu, apprécié par de nombreux et importants travaux sur la syphilis, l'auteur se recommande à nos suffrages par une qualité spéciale : c'est un dualiste convaincu.

Quelques-unes de ses recherches présentent un caractère absolument neuf et dont l'énoncé ne sera pas sans intérêt pour le lecteur. Ainsi, selon M. Finger, le pus du chancre mou ne serait pas constitué par un virus distinct. Tout pus suffisamment irritant peut, dans certaines conditions, produire un chancre mou, inoculable par générations. Chez une femme, parfaitement saine et très soigneusement surveillée, il pratique, à l'aide de la curette de Volkmann, une petite érosion au niveau du vestibule. Dès que l'érosion commence à suppurer, c'est-à-dire au bout de deux à trois jours, il inocule ce pus au bras de la malade : le résultat est négatif. Il irrite alors l'érosion avec la poudre de sabine ou à l'aide d'une pommade stibiée. L'érosion se met dès lors à suppurer abondamment. Deux jours après, il prend de ce pus et l'inocule à la cuisse (1) de la malade ; au bout de vingt-quatre à trente-six heures on voit survenir au point inoculé une papule, puis une ulcération dont le pus est inoculable au porteur et à d'autres personnes ; chez quatre personnes, l'inoculation s'est faite par générations, jusqu'à huit fois ; toujours la virulence s'est montrée la même.

Chez deux personnes, il y a eu une fois sur la cuisse (deuxième génération) un bubon inguinal très aigu et suppuré au bout de six jours.

(1) L'expérience ne serait-elle pas encore plus probante si l'auteur avait inoculé en premier lieu la cuisse, en second lieu le bras ? On sait quelle différence de réceptivité chancreuse existe entre les régions sus et sous-ombilicales.

Chez une autre, il se produisit un bubon axillaire suppuré après la quatrième génération. Chez chaque personne il a toujours pratiqué deux inoculations; elles ont été faites de la même manière, par irritation, chez quatre femmes.

De ces résultats expérimentaux, Finger conclut qu'on peut produire artificiellement le chancre mou; que, d'autre part, cet ulcère peut survenir spontanément. Si une femme, une prostituée, par exemple, s'écorce, il en résultera une petite érosion qui, négligée, irritée, enflammée, arrivera facilement à suppuration. Ce pus, ainsi formé, déterminera chez le cohabitant un chancre mou.

C'est là un point encore peu connu sur le continent, mais il est admis depuis plusieurs années, en Angleterre et en Amérique, par Bumstead, Taylor, Cooper.

Si tout pus, dans des conditions que nous ne connaissons pas encore très exactement, peut engendrer un chancre mou, cette propriété résidera aussi dans le pus provenant des efflorescences syphilitiques. Donc, ce dernier pourra produire un chancre mou. Or, comme le pus des efflorescences syphilitiques de la période primaire ou secondaire sert de véhicule au virus syphilitique, ce virus — tout à fait indépendant de l'action du pus déterminant le chancre mou — produira son action spécifique. Et alors on verra, dans des conditions nécessaires, c'est-à-dire dans des régions prédisposées, une induration se former après le laps de temps classique d'environ trois semaines; par conséquent, le chancre sera un chancre mixte; sur des régions non appropriées, l'induration ne se développera pas, le chancre pourra rester mou; mais dans les deux cas il surviendra les effets consécutifs ordinaires: tuméfactions ganglionnaires indolentes, multiples, accidents secondaires.

Comme les anciens syphiligraphes (Ricord, Köbner), Finger insiste pour le développement de la lésion syphilitique primaire sur la nature du terrain affecté; il faut, à ce sujet, tenir compte de la marche des vaisseaux, qui a une réelle importance pour la production d'une sclérose plus ou moins prononcée.

Quant à nous, nous reconnaissons que l'induration apparaît plus ou moins accentuée selon la région où l'ulcère infectant s'est produit. Mais dussions-nous offrir ici une réédition du poulx qui est *duriuscule sans être dur*, nous ne saurions admettre qu'on doive tenir pour *chancre mou* un chancre infectant qui ne paraît pas *induré*. Remarquons en passant que cette subtilité de langage, sur laquelle il faut insister chaque fois que ces questions sont traitées entre Français et Allemands, cesserait enfin si l'on se décidait à adopter le mot de *chancrelle*, proposé par M. Diday, pour désigner l'ulcère non infectant.

La partie thérapeutique est traitée avec le plus grand soin et on y

trouvera toutes les indications nécessaires sur les remèdes et les méthodes à employer suivant les cas. Comme mode général de traitement, l'auteur préfère les frictions et réserve pour des cas particuliers l'emploi des injections. Il n'admet pas que l'indication, généralement donnée, de réserver le mercure exclusivement pour la période secondaire et l'iode pour la phase tertiaire, doive être observée d'une façon absolue. Au point de vue du traitement, il divise les accidents de la période secondaire en quatre groupes.

Dans le premier groupe, il place les sujets robustes, sains, atteints de syphilides maculeuses, papuleuses, humides, légères, et chez lesquelles de simples observances hygiéniques et diététiques suffisent pour amener la guérison.

Dans le deuxième groupe, il range les syphilides légères analogues, survenant chez des individus sains, mais chez lesquels la guérison spontanée ne se produit pas ; toutefois, les accidents disparaissent rapidement chez eux si l'on agit par des médications reconstituantes sur les échanges nutritifs et sur la nutrition.

Le troisième groupe se compose des cas de syphilis secondaire grave : syphilides sèches, squameuses, psoriasiques, chez des individus non cachectiques.

Enfin, le quatrième groupe comprend les formes pustuleuses et malignes graves, chez des sujets cachectiques, souffrant d'autres diathèses.

Quant à l'emploi des spécifiques pour les syphilides du premier et du deuxième groupe, Finger recommande l'iodure de potassium ; pour le troisième groupe, l'indication est formelle, le mercure ; pour les malades ressortissant au dernier groupe, une médication reconstituante doit précéder le traitement spécifique, mercuriel ou ioduré.

Il n'a jamais vu le traitement mercuriel fait dans la première période de la syphilis avoir une action préventive sur les phénomènes secondaires. Cette cure mercurielle précoce ne lui paraît indiquée que dans le cas où il existe une sclérose initiale volumineuse, menaçante, et certaines complications dues à sa présence : phimosis, gangrène, phagédénisme.

Sous ce rapport, c'est un adepte qui suit exactement le mode de traitement dont M. Diday est depuis longtemps, en France, l'apôtre éloquent et convaincu, et qui peut se résumer en ces quelques mots : n'intervenir avec les spécifiques qu'aux moments où la syphilis est *en action* ; et, dans tous les cas, *individualiser*, autant que possible, l'application thérapeutique, en se guidant sur la santé antérieure et habituelle du malade, son tempérament, sa constitution et sur la nature ainsi que sur les caractères objectifs des lésions qu'il présente.

Nous regrettons que Finger n'ait pas examiné comparativement la valeur du traitement successif, proposé par M. A. Fournier, et qui, outre

la grande autorité de son auteur, compte, en France et à l'étranger, de nombreux partisans.

Cette étude, qui sera peut-être entreprise un jour, dans ce journal, est, à l'heure présente, une de celles qui sollicitent le plus impérieusement l'attention des syphiligraphes.

L'ouvrage est terminé par quatre planches coloriées, très instructives, représentant la distribution des vaisseaux dans le gland, les gonocoques, les bacilles de la syphilis, la structure du chancre dur et du chancre mou, et enfin les altérations histologiques typiques de quelques organes, notamment de l'endartérite syphilitique, de l'hépatite interstitielle, de l'ostéochondrite syphilitique. Ces planches, on le voit, ont été choisies de manière à initier le lecteur à des notions que tout médecin doit posséder aujourd'hui.

En résumé, ce substantiel traité éveille l'attention de tout homme jaloux de suivre le mouvement scientifique ; il est d'une lecture facile et sera également consulté avec fruit par tous les médecins praticiens.

A. DOYON.

II. — ÉLÉMENTS D'HISTOLOGIE CUTANÉE NORMALE, APPLIQUÉS A L'ÉTUDE DES LÉSIONS ÉLÉMENTAIRES DE LA PEAU, par le professeur H. LOLOIR (*Bulletin médical du Nord*, juillet 1886. Tirage à part. Lille, 1886).

II. — M. Loloir a réuni sous ce titre des leçons qu'il avait professées dans son cours de clinique. Ces leçons sont faites pour l'étudiant et non pour le dermatologiste de profession, ainsi qu'il le déclare lui-même : ce sont des leçons élémentaires, et non des leçons de science transcendante, ajoute-t-il, et elles n'ont qu'une prétention, la simplicité. L'auteur a rempli consciencieusement le rôle qu'il s'était imposé ; loin de faire un de ces écrits incolores et insignifiants qui ont la prétention d'être des résumés et ne sont qu'un tissu d'erreurs, il a, sous une forme intéressante, rappelé en 20 pages tous les faits importants qui concernent l'histologie normale de la peau, telle qu'on la connaît aujourd'hui : aussi cette brochure sera-t-elle consultée avec profit par tous. G. THIBIERGE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, COMPRENANT LA PATHOGÉNIE ET LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE (2^e édition), par H. HALLOPEAU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Paris, 1887, 1 vol. in-8° de 836 pages, avec 145 figures : 12 fr.—Librairie J.-B. Baillière et fils, 49, rue Hautefeuille, Paris.

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Société d'imprimerie PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 51.2.87.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRES.

I

DE L'ÉPITHÉLIOMA DÉVELOPPÉ SUR LE LUPUS VULGAIRE
EN ÉVOLUTION,

par M. Paul RAYMOND, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Devergie, le premier, en 1834, signala, d'une façon incidente, il est vrai, deux cas d'épithélioma développé sur des lupus guéris depuis longtemps (1). Avant lui, les dermatologistes, qui, depuis Willan et Bateman, différencient parmi les ulcères rongeurs le lupus du cancroïde, ne paraissent pas songer à la possibilité de la coexistence de ces deux processus sur le même sujet et sur un même point de l'économie.

En 1839, Weber publie à Berlin trois observations analogues. Depuis lors des cas nouveaux sont rapportés, principalement en Allemagne, par Wenck (1867), Lang (1874), et à Vienne, par Hebra (1867).

Cependant, la possibilité de pareils faits était loin d'être admise par tous les auteurs; leur interprétation devenait le point de départ de nombreuses divergences d'opinion dont on trouve le reflet dans une série de discussions à la Société clinique de Berlin, en 1873 (2).

Au mois de février 1873, Orth appelait l'attention sur la complication possible du lupus par l'épithélioma; il émettait l'opinion qu'il existe une forme de lupus identique à l'épithélioma. Langenbeck repousse cette identification et pense qu'il faut considérer le lupus et l'épithélioma comme deux affections bien distinctes. Il reconnaît cependant que, dans certains cas rares, un cancer peut se développer sur une base lupique, et il rapporte trois observations: deux d'entre elles ont trait à des épithéliomas développés sur des lupus cicatrisés; dans la troisième, le lupus est en voie d'évolution.

(1) DEVERGIE. *Traité des maladies cutanées*, 1834, p. 570.(2) *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1873, p. 481.

Dans une séance du mois de mars, Jacobson déclare que, dans les ulcères cancéreux, il se forme des points d'épidermisation centraux, que ceux-ci ne peuvent se produire dans le lupus par le fait même de sa structure granuleuse et que, par suite, dans les cas où une transformation du lupus en épithélioma aurait été observée, il ne se serait agi, en réalité, que de carcinomes granuleux.

Bardeleben est également d'avis que le lupus ne se transforme pas en épithélioma ; sur mille cas et plus qu'il a observés à Greiswald, il n'a jamais vu cette transformation.

Lewin cite alors dix-sept observations dans lesquelles la dégénérescence cancéreuse du lupus n'est pas douteuse : l'examen histologique a confirmé le diagnostic clinique.

Quatre ans après cette discussion, en 1879, Kaposi publiait un important article sur la combinaison du lupus et du carcinome (1). Il rapporte trois cas qu'il a observés : celui de Hebra (1866), celui de Hans Hebra (1874) et celui d'un homme qu'il a soigné à sa clinique. Il a fait l'examen histologique de la tumeur et il en donne, à la fin de son mémoire, une reproduction qui montre parfaitement le mode d'évolution du cancer.

Il étudie en outre les conditions de développement de l'épithélioma et il termine par des considérations générales sur le carcinome.

Ce travail du professeur Kaposi fait date ; il a eu le mérite de préciser les termes de la question ; il a fixé l'attention des dermatologistes sur ce point de diagnostic parfois difficile. Depuis cette époque des faits nouveaux ont été signalés en Allemagne, et nous les analyserons plus loin.

En Angleterre et en Amérique, les différents auteurs classiques que nous avons consultés ne font pas mention de cette complication. Cependant, les dermatologistes américains s'en sont occupés ; et dans une discussion à la Société de dermatologie de New-York (2) au sujet des relations de l'épithélioma et du lupus, Buekley reconnut que des lupus, qui avaient duré un certain temps, pouvaient donner naissance à un épithélioma. Piffard pense même que le lupus se transforme très fréquemment en épithélioma. Quant à Duhring, il reconnaît que l'épithélioma greffé sur lupus se rencontre parfois, mais que c'est là une pure coïncidence.

Récemment, Jones Newins Hyde rappelait un cas d'épithélioma qu'il avait vu évoluer sur un lupus. Il pense que si un lupus persiste au delà de 50 ou 60 ans, il subit une sorte de résolution ou bien qu'il se transforme en tissu épithéliomateux. (*Annales de dermatol.*, 1886, p. 246.)

En France, avons-nous dit, on trouve dans le traité de Devergie la première indication du fait qui nous occupe ; quelques rares observations

(1) *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1879, p. 73.

(2) *Journal of cut. and vener. diseases.*, octobre 1883.

sont relatées dans différents recueils, mais on chercherait vainement dans les traités didactiques de dermatologie une description d'ensemble.

Le premier, en 1877, M. le Dr Lailler insiste sur cette complication dans les leçons cliniques faites à l'hôpital Saint-Louis (1) :

« Dans certains cas, assez nombreux d'ailleurs, dit-il, on peut observer primitivement tous les caractères du lupus tuberculeux ulcéreux, puis, secondairement, les particularités que je viens de vous signaler, dans le cancroïde. Il y a alors une affection hybride, procédant à la fois du lupus et du cancroïde : il paraît donc fort difficile de se prononcer sur la nature de la lésion. Cependant la lumière semble se faire de plus en plus sur ce point délicat de l'histoire du lupus ; un certain nombre de faits observés par Devergie, Gailleton, Cazeneuve, Robin, Paulinsky et par moi-même, permettent de penser que certains lupus peuvent se transformer en épithéliomas. Ces épithéliomas consécutifs au lupus dans certains cas, ne me paraissent pas douteux, mais ils demandent encore à être étudiés. Je vous dirai, dès maintenant, qu'un des points les plus importants de leur histoire est la facilité extrême avec laquelle ils récidivent quand on cherche à les traiter vigoureusement. Ce sont des lésions qu'il faut soigner avec une grande circonspection. Je suis porté à croire qu'un certain nombre de lésions, appelées autrefois *noli me tangere*, ne sont autres que des lupus transformés en cancroïdes ou en voie de transformation. »

En 1879, notre excellent et très honoré maître, M. le Dr E. Vidal, dans une leçon clinique sur le lupus, insiste sur la complication de ce dernier par l'épithélioma (2) :

« Les complications du lupus, dit-il, sont de deux espèces : les unes indépendantes de l'affection viennent s'y ajouter, comme par exemple l'erysipèle, l'épithélioma ; les autres sont en quelque sorte des accidents inhérents à l'évolution de la lésion. Ces dernières sont : la congestion, l'inflammation, les adénites, les lymphangites, l'œdème chronique. »

M. Vidal rapporte un cas qu'il a observé et qui est remarquable par la rapidité de la marche ; puis il passe en revue les caractères du cancroïde qui évolue sur un lupus.

Dans des leçons ultérieures, notre maître est revenu sur cette question. Il a eu la bonté de nous communiquer le manuscrit de son traité, en préparation, de pathologie cutanée, et nous ne saurions mieux faire que de lui emprunter la description qu'il consacre à la complication que nous étudions.

Depuis les leçons de MM. Lailler et Vidal, un certain nombre de cas ont été observés. A l'hôpital Saint-Louis, où l'on voit, dans une année,

(1) LAILLER. Clin. hôpital Saint-Louis. (*France médicale*, 1877.)

(2) E. VIDAL. Du lupus. (Leçons recueillies par M. COLSON, 1879, p. 12.)

un si grand nombre de lupus, les faits qui nous occupent, sans être précisément rares, ne sont pourtant pas des plus communs.

Contrairement à ce que nous avons fait remarquer pour l'Allemagne, ces faits restent en France sans être publiés.

Au moment où nous faisons nos recherches pour ce travail, M. le Dr Bidault, de Lille, faisait de son côté une thèse inspirée par M. le professeur Leloir, sur le lupus compliqué d'épithélioma. Cette thèse vient de paraître : nous lui emprunterons deux observations.

Il nous a été donné, cette année, dans le service de M. Vidal, d'observer deux fois cette complication, et, dans les deux cas, nous avons pu pratiquer l'examen microscopique.

Nous avons pu en outre recueillir à l'hôpital Saint-Louis deux autres observations, et nous adressons ici à MM. les docteurs E. Besnier et Péan, qui ont bien voulu nous les communiquer, nos plus sincères remerciements.

Nous n'entendons nous occuper ici que des cas dans lesquels un épithélioma s'est développé sur un lupus manifeste et diagnostiqué antérieurement, des cas types où l'existence d'un lupus ne laissait aucun doute. Il ne s'agit donc pas de ces ulcérations diagnostiquées de nature lupique, et que l'examen microscopique montre être de l'épithélioma (1); il ne s'agit pas non plus de ces variétés d'esthiomène qui semblent être de l'épithélioma (2).

L'épithélioma peut se développer, soit sur un lupus guéri, soit sur un lupus encore en pleine activité.

Il se développe sur une cicatrice de lupus au même titre qu'il évolue sur une cicatrice de brûlure ou d'ulcère de jambe, sur une cicatrice consécutive à une chute, à un coup, par exemple, au même titre qu'on le voit d'autres fois évoluer sur des lésions cutanées les plus différentes (eczéma, psoriasis, morphæa alba plana, Dr Vidal), ou sur d'autres néoplasmes.

Ce n'est pas à dire qu'étant donné un lupus cicatrisé, on ne puisse se demander s'il ne persiste pas quelque point d'appel au cancer représenté par un nodule lupique non guéri ou ayant récidivé en pleine cicatrice, ainsi que cela se voit parfois. Cependant, en présence des cas si probants dans lesquels un épithélioma se développe sur une cicatrice simple et sans qu'il y ait au milieu du tissu fibreux de la cicatrice aucune cause intérieure d'irritation, on doit admettre que l'épithélioma peut se développer sur cette cicatrice lupique de la même façon qu'il se développerait sur une cicatrice vulgaire, c'est-à-dire par une substitution des

(1) Epithéliomas cicatriciels. (*Bul. Soc. anatom.*, 27 octobre 1876.)

(2) *CORNIL. Soc. anat.*, 1874, p. 221.

éléments cancéreux aux seuls éléments fibro-élastiques de la cicatrice. Cette dégénérescence cancéreuse d'une cicatrice lupique ne présente par suite rien de particulier. Nous ferons seulement remarquer que ces cas ne semblent pas très rares : les épithéliomas de ce genre apparaissent aussi bien sur les cicatrices lupiques des membres que sur celles de la face, et M. le Dr Lailler a eu l'obligeance de nous communiquer une observation dans laquelle un cancroïde s'était ainsi développé sur une cicatrice lupique de la main. Cette observation doit être réunie aux faits signalés par Devergie, Weber, Wenck, Langenbeck, Schütz, etc. Nous nous occuperons seulement des épithéliomas qui succèdent à un lupus en voie d'évolution. Ces derniers sont certainement plus rares que les précédents. Là encore il importe d'établir une distinction.

Le lupus est en évolution, mais l'épithélioma vient-il se développer sur un point préalablement cicatrisé, soit par le traitement, soit spontanément, ou bien ne peut-il pas se développer sur la peau non cicatricielle qui entoure un tubercule du lupus, ou encore aux dépens de ce dernier ?

En d'autres termes, faut-il qu'il y ait nécessairement une cicatrice, quelque minime qu'on la suppose, pour qu'apparaisse un épithélioma ; ou bien un nodule lupique non guéri entouré de tissus cutanés qui ne paraissent pas avoir jamais été malades, ne suffit-il pas pour provoquer le développement de cet épithélioma ?

C'est à la première de ces interprétations que se rattache M. le Dr Bidault et, par suite, il tend à ramener en dernière analyse tous les faits à un groupe unique : épithélioma sur cicatrice.

Nous pensons cependant qu'il y a lieu d'être plus éclectique, et qu'en dehors de ces cas (observ. I de M. Bidault ; observ. de M. Vidal, par exemple), où il y avait au milieu des nodules lupiques une cicatrice manifeste sur laquelle est venu se greffer le cancroïde, il en est d'autres où il ne préexistait aucun tissu de cicatrice.

Nous appuyons cette opinion sur ces faits dans lesquels l'épithélioma s'est développé peu de temps après l'apparition des nodules lupiques, sans qu'aucune cicatrice ait eu le temps de se produire (observ. de Schütz), sur ces faits dans lesquels un épithélioma succède à une ulcération lupique (observ. de Schütz ; notre observ. II), en nous basant surtout sur les préparations histologiques qui montrent les modifications que subit, au niveau ou aux environs du nodule lupique, le corps muqueux aux dépens duquel va se développer l'épithélioma.

S'il était enfin permis d'arguer de ce fait que, dans les observations les mieux prises, des cicatrices qui ne sont pas signalées n'existaient pas et il n'y a en outre aucune raison pour admettre une cicatrice qu'on n'a pas vue, alors surtout qu'il n'en existe pas d'autres aux environs de la

tumeur, et nous sommes portés à penser que les cas dans lesquels le cancroïde est survenu sur un tissu cicatriciel ne sont pas plus fréquents que ceux dans lesquels ce tissu n'existait pas.

Il faut reconnaître, cependant, ainsi que le fait d'ailleurs remarquer, avec beaucoup de raison, M. Bidault, que sur les lupus anciens il y a toujours des cicatrices qui sont certainement le point de départ de beaucoup d'épithéliomas, mais nous ne croyons pas que cette hypothèse soit applicable à tous les cas.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'un épithélioma vient s'enter sur un lupus en évolution, deux cas sont possibles en clinique :

Tantôt le lupus est ulcéré : l'épithélioma se développe alors sur cette ulcération comme sur un cautère entretenu, sur un vésicatoire en activité, sur certaines syphilides ulcéreuses (Fournier), sur une plaie longtemps irritée, sur des trajets fistuleux, etc.

Mais ces cas de développement d'un cancer sur une ulcération lupique paraissent être les plus rares.

Cela tient peut-être à ce qu'on saisit difficilement le moment où l'ulcération lupique devient épithéliomateuse, et que l'on tend à considérer comme la phase initiale du cancroïde, l'ulcération que l'on avait constatée antérieurement et qui n'était alors en réalité qu'une phase d'ulcération du lupus. (Voir notre observation II et l'observation de Schütz.)

On verra en outre, dans plusieurs des observations suivantes, qu'il s'agissait du lupus ulcéreux sans qu'il soit spécifié si l'épithélioma a eu pour point de départ une de ces ulcérations.

Tantôt l'épithélioma se développe sur un lupus non exedens en pleine activité. Comme l'a fait remarquer M. Vidal, il s'agit toujours d'un lupus tuberculeux, d'un lupus vulgaire : l'épithélioma ne complique pas le lupus érythémateux.

Nous ne ferons que rappeler les dix-sept observations que Lewin signalait à la Société clinique de Berlin. Nous ferons seulement remarquer que, parmi elles, il en est qui se rapportent à des cancroïdes développés sur des lupus complètement guéris. Ces observations sont dues à Weber, Wenck, Heine, Lang, Volkmann, Hebra (1).

Nous avons recueilli quelques faits publiés en Allemagne depuis 1875 : nous les résumons en y joignant des faits analogues observés en Angleterre ou en Amérique, et nous exposerons les observations françaises, ne retenant encore une fois que les épithéliomas développés sur des lupus non guéris.

Nous reprendrons cependant l'une des 17 observations citées par Lewin. C'est celle de Lang qui est des plus intéressantes non seulement

(1) *Vierteljahrs. für Dermatologie, loc. cit.*, 1875.

par l'âge du malade, mais encore par l'étude clinique et l'examen microscopique.

OBSERVATION I. — Lang (*Viertelj. für Dermatologie*, 1874, p. 163).

Homme de 23 ans atteint de lupus depuis l'âge de 2 ans. La maladie avait débuté par le côté droit de la figure et avait évolué très rapidement. Un an avant son entrée à l'hôpital, le malade vit se développer sous l'œil droit des tubercules qui se multiplièrent très rapidement. Trois cautérisations au nitrate d'argent : la plaie devint ulcéreuse. Engorgement ganglionnaire. A l'entrée, on voit des tubercules de lupus disséminés et surtout nombreux vers le nez et le front. Destruction ancienne du pavillon de l'oreille, des cartilages du nez, d'une paupière.

Entre la paupière inférieure et la lèvre supérieure, perte de substance grosse comme « une phalange unguéale », ulcéreuse, à bords taillés à pic et minés ; le fond est en partie crevasse, en partie lisse ; il n'est induré ni à la base ni sur des bords, et sécrète un liquide peu abondant qui contient de grosses cellules rondes, irrégulières et fusiformes à noyaux multiples. Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires engorgés et ramollis rendent toute opération impossible.

L'ulcère évolua très rapidement, s'étendit jusqu'à la muqueuse buccale. La suppuration devint de plus en plus abondante. Le malade mourut après deux mois d'atroces souffrances.

Au microscope, nombreuses petites cellules de lupus agglomérées en foyers ou disséminées et pénétrant dans les interstices musculaires ; au milieu d'elles on distinguait très nettement les grosses cellules de l'épithélioma. Le néoplasme cancéreux formait une masse entourée de cellules de lupus. Celui-ci servait de stroma au cancer dont les cellules grosses, irrégulières, ou fusiformes possédaient deux ou plusieurs noyaux.

OBSERVATION II. — Thoma (*Archives de Virchow*, 1875, t. LXV, p. 314).

Homme atteint de lupus en différentes parties du corps. Sur la face postérieure de l'avant-bras, plaques lupiques ulcérées dont les bords s'indurèrent ultérieurement et prirent l'apparence d'un épithélioma ulcéré. « Au microscope, on retrouve la structure du lupus et, dans l'épaisseur du derme, on rencontre des prolongements très étendus, ramifiés, et s'anastomosant fréquemment, composés de cellules présentant les caractères des cellules du réseau de Malpighi. Un très grand nombre de ces prolongements épithéliomateux, contiennent des sphères épidermiques stratifiées et ayant subi la kératinisation. »

Thoma cite un second cas, semblable au précédent, et qu'il présente également comme un épithélioma développé sur un lupus vulgaire exulcéré.

OBSERVATION III. — Kaposi (*Viertelj. für Dermatologie*, 1879, p. 73.)

Homme de 43 ans, atteint d'un lupus depuis l'âge de 13 ans.

N'a jamais été traité.

Le lupus siège au niveau de la clavicule droite, au-dessous du genou droit, à la face antérieure de la jambe droite. C'est un lupus tuberculeux serpigneux. A la nuque, le lupus est ulcéré. A la partie postérieure du bras gauche, surface lupique en activité, excepté à la partie moyenne du bras où l'on trouve une tumeur faisant saillie de cinq centimètres, bourgeonnante, atteignant les dimensions du poing avec sécrétion fétide. Les bords sont séparés du lupus voisin par un sillon de quatre millimètres. La tumeur paraît

mobile sur les aponévroses sous-jacentes. Elle se serait développée depuis quelques mois seulement. L'aspect microscopique est celui de l'épithélioma et le microscope a confirmé le diagnostic.

La couche cornée est d'épaisseur moyenne; au-dessous, de larges prolongements du corps muqueux s'étendent dans l'épaisseur du derme sous forme de massue, de doigts de gant et de masses irrégulières. Dans l'épaisseur de ces prolongements, on voit des cellules cancéreuses et des globes épidermiques, à différents degrés d'évolution.

Les papilles sont représentées par des languettes allongées, étroites et infiltrées de petites cellules.

Autour de ces masses cancéreuses, c'est le tissu lupique qui forme stroma. On voit aussi autour d'elles un processus d'inflammation. En quelques points les cellules cancéreuses sont séparées des parties voisines par des faisceaux de tissu conjonctif dense.

OBSERVATION IV. — Lang (Wiener med. Vochenschrift, 1879, n° 48).

Homme de 57 ans, atteint de lupus depuis l'âge de 10 ans. Presque toute la face est atteinte de lupus et est épaissie, infiltrée, ulcérée, couverte de croûtes et de granulations. Sur l'oreille gauche, tumeur de deux centimètres sur quatre, datant de sept semaines. Surface inégale ulcérée et recouverte de croûtes. La tumeur est peu délimitable; sa périphérie n'est pas franchement mobile. Elle n'est pas douloureuse. Raclage à la curette; pansement à l'acide phénique et à la liqueur de Fowler. Cicatrisation deux mois après. Traitement du lupus par l'iodure de fer et la liqueur de Fowler. Un an après l'opération, l'épithélioma n'avait pas récidivé; le lupus était presque complètement guéri.

OBSERVATION V. — Lewin (Berlin. klinische Vochens., janvier 1884).

Femme de 44 ans, atteinte depuis 10 ans d'un lupus de la face qui est envahie à peu près entièrement, ulcéreux en certains points, hypertrophique dans d'autres. Au niveau du menton s'est développé sur le lupus un cancer qui a envahi la presque totalité de cette région et fait une saillie assez considérable. La nature de la tumeur a été établie par l'examen microscopique.

OBSERVATION V bis. — Lewin a observé un second cas analogue au précédent.

Homme de 52 ans. Le cancer, situé près de la racine du nez, était contigu d'un côté à un lupus guéri, de l'autre à une ulcération lupique. La transition graduelle entre ces deux tissus hétérogènes était des plus manifestes au microscope.

OBSERVATION VI. — Vidal (Mars 1883, moulages du musée de Saint-Louis, n° 896).

Homme de 54 ans, atteint de lupus, depuis l'âge de 8 ans.

Épithélioma végétant développé sur un lupus tuberculeux exedens superficiel. La tumeur occupe la plus grande partie de la joue droite. L'épithélioma a débuté il y a un an et a envahi rapidement en surface et en profondeur. Il a pénétré jusqu'à la muqueuse buccale. Nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer la fin de l'observation.

OBSERVATION VII. — Walter Smith (Dublin Journal of medical sciences, 1885, p. 92).

Homme de 35 ans, atteint de lupus envahissant de la face et du nez, sur lequel se développe une large tumeur, couverte de fongosités. Elle avait

eu le nez pour point de départ. Cette tumeur fut enlevée, mais le malade succomba à une récidive dans le courant de l'année.

OBSERVATION VIII.—Schütz (*Monatsch. für Praktische Dermatol.*, mars 1885, p. 74).

Femme de 56 ans, atteinte depuis 10 ans d'un lupus du front, serpigineux et un peu plus grand qu'une pièce de 5 francs. Il y a un an, se développe un lupus de l'aile gauche du nez. Il s'ulcère, et depuis cette époque (l'auteur ne fait pas mention de la date à laquelle serait survenue la tumeur) apparition sur le lobule du nez et à la partie inférieure du nez, d'une tumeur dont la base est indurée, pédiculée, arrondie, recouverte de tissu nécrosé et de croûtes noirâtres. La tumeur est enlevée et l'on constate au microscope, au milieu des cellules lupiques, des nids d'épithélioma.

Récidive de la tumeur six mois après.

Un nouvel examen de la tumeur montre qu'alors que la première fois il y avait prédominance des granulations lupiques, dans la récidive au contraire, il y a prédominance des nids épithéliaux et qu'en certains points, il n'y a plus que du tissu cancéreux.

Sept mois après cette deuxième opération, il n'y avait pas de nouvelle récidive.

Nous tenons de M. Schütz que ce lupus du nez n'était pas partiellement cicatrisé, ni guéri mais « floride » lorsque l'épithélioma est survenu. Celui-ci se serait développé sur l'ulcération lupique qui avait été irritée par des cautérisations ainsi que par les produits de sécrétion et de décomposition des tissus.

OBSERVATION IX. — Bidault (*Thèse de Lille*, décembre 1886, p. 16 et 20).

Homme de 66 ans, atteint depuis 20 ans.

Le lupus tuberculeux siège sur toute la région inférieure de la face. Le dos du nez, la lèvre supérieure et les régions voisines sont infiltrées par des nodules de lupus non exedens.

Sur la joue droite, masse végétante et suintante.

A la région sous-maxillaire, champignon épithéliomateux grand comme la paume de la main, d'aspect framboisé et de couleur rougeâtre. Les bords ne sont ni calleux, ni indurés, mais nets et n'empiètent pas sur le reste de la peau malade.

A la partie inférieure, on voit une cicatrice lisse, de deux centimètres. Aileurs une bordure rouge entoure cette lésion.

Mort au bout de 9 mois à la suite de broncho-pneumonie.

D'après l'examen histologique, la tumeur cancéreuse paraît s'être développée aux dépens des glandes sébacées.

OBSERVATION IX bis. — *Idem.*

Homme de 44 ans. Père mort d'un cancroïde de la lèvre. Atteint de lupus depuis l'âge de 19 ans.

Lupus tuberculo-érythémateux de la face et des régions sus- et sous-hyoïdienne.

Le lupus siège sur différentes parties de la face.

La lésion lueuse est étalée en nappe sur toute son étendue, de couleur brun clair, surtout sur les contours.

Il existe sur le front des espaces blanchâtres résultant de la cicatrisation superficielle du lupus.

L'épithélioma, de date plus récente, est surélevé au-dessus du niveau de la

peau, mamelonné, et envahit la moitié de l'épaisseur de la joue en présentant une certaine induration. Suintement assez abondant.

OBSERVATION X. — Winternitz (*Vierteljahrs. für Dermatologie*, octobre 1886). Homme de 45 ans. Pas d'infection lupique ou cancéreuse dans la famille. Début du lupus sur différents points du corps, il y a 12 ans, et sur les bords de cicatrices consécutives à un accident.

En 1881, il y avait sur la joue gauche une surface ulcérée un peu plus large qu'une pièce de 5 francs et recouverte de croûtes.

Trois mois avant son entrée, le malade remarqua une croûte épaisse de la dimension d'une phalange unguéale et située en avant de l'angle gauche du maxillaire. Au-dessous de cette croûte existent de petites saillies; la tumeur est pédiculée: ses bords irréguliers sont indurés. Extension rapide de l'affection qui est douloureuse.

L'examen microscopique montre les lésions caractéristiques du lupus. Le corps muqueux, d'abord d'épaisseur normale, augmente peu à peu. Les prolongements interpapillaires s'accroissent, pénètrent plus ou moins profondément dans le derme. Enfin dans l'épaisseur des masses épithéliales, on trouve des perles épithéliales en grand nombre.

La tumeur est enlevée, et six mois après il n'y avait pas encore de récédive.

OBSERVATION XI. (Personnelle). — La nommée Élisabeth L..., couturière, âgée de 48 ans, entre le 8 avril 1886 dans le service de M. Vidal, à Saint-Louis.

Cette malade a été réglée à 16 ans et elle a toujours été bien réglée.

La ménopause est survenue à 45 ans.

Elle a eu six enfants, le dernier il y a 12 ans. Une de ses filles a été atteinte d'un lupus de la joue à l'âge de 12 ans et elle est actuellement guérie. Étant enfant la malade a eu des manifestations scrofuleuses, des écoulements d'oreilles, de l'impétigo, de l'adénopathie cervicale.

On ne trouve chez elle ni rhumatisme, ni syphilis, ni impaludisme, ni alcoolisme. Pas de tuberculose pulmonaire dans la famille. Le lupus dont elle est atteinte aurait débuté à l'âge de 8 ans par le pavillon de l'oreille droite.

De l'âge de 8 ans à 22 ans, il s'est étendu progressivement mais assez lentement à la joue droite.

La malade était alors traitée par les toniques, les reconstituants et par l'application locale de pommades de nature inconnue, mais sous lesquelles le lupus continuait sa marche envahissante.

M^{me} L... se maria à 22 ans; à cette époque la presque totalité de la joue droite était occupée par le lupus.

A 23 ans elle reçut un coup sur le nez et elle remarqua bientôt que ce dernier était envahi par la néoplasie lupique.

Elle entra alors dans le service de Bazin où elle fut traitée par les applications de teinture d'iode. Elle sortit guérie après 7 mois de traitement.

Trois ans après, à l'occasion d'une grossesse, le lupus récidiva. Elle fut de nouveau traitée par les applications iodées et guérie en 7 mois.

Trois ans après, nouvelle grossesse et nouvelle récédive de lupus.

A cette époque, quelques tubercules voisins des lèvres s'ulcérèrent. Elle revint alors à Saint-Louis chez M. Lailler où elle fut traitée de nouveau par la teinture d'iode, puis quelques mois après, à la suite d'une troisième récédive, par une pommade à l'iodhydrargyre de potassium.

Quatre ans plus tard, à l'âge de 37 ans, elle eut une nouvelle grossesse ; mais cette fois, il n'y eut aucune récurrence de lupus.

Il y a six ans, le lupus récidiva de nouveau. La malade resta deux ans sans se faire soigner, puis elle revint à Saint-Louis où elle fut scarifiée par M. Vidal. Elle quitta l'hôpital après huit mois de traitement et complètement guérie. Mais environ un an après, le lupus reparaisait.

La malade découragée reste sans se faire soigner. Elle se rappelle avoir écorché son lupus ; celui-ci était constitué, il y a 7 ou 8 mois, par des tubercules types qui persistent encore actuellement et par des érosions superficielles, irrégulières, jaunâtres, suintant très peu, n'occasionnant aucune douleur, ne s'accroissant que très lentement, se recouvrant chaque jour de croûtes légères, minces, qui tombaient à tout moment pour se reproduire aussitôt et sans que ces plaies parussent creuser davantage. Mais depuis environ six mois, les caractères de l'affection se sont modifiés. Les érosions s'agrandirent peu à peu et se réunirent. En même temps elles devenaient le siège de picotements, de démangeaisons, puis bientôt d'élancements. La plaie se mit à suppurer, pas très abondamment toutefois, mais elle gagna en surface et en profondeur. C'est alors que la malade se décida à entrer à l'hôpital.

On constate sur toute la face des nodules lupiques confluents formant des masses irrégulières, ou bien disséminés et recouverts par places de légères squames foliacées. Les paupières inférieures sont tiraillées : il y a un peu d'ectropion. Le nez est légèrement tuméfié et recouvert comme les joues de tubercules de couleur sucre d'orge.

Au mois d'avril, l'ulcération qui siège sur la joue droite est un peu moins grande qu'une pièce de 5 francs. Les bords sont surélevés, taillés à pic, irréguliers, durs, tendent à se déjeter en dehors. Le fond est bourgeonnant sanieux, molasse, de couleur rougeâtre. Il s'en écoule un mélange de pus et de sérosité filante qui se dessèche et tend à former des croûtes ostréacées. Cet écoulement purulent examiné au microscope renferme, outre des globules rouges et blancs, des cellules chargées de granulations graisseuses et des cellules épidermiques.

Cette plaie occupe toute la partie malaire de la joue.

L'ulcération tend à s'accroître rapidement. Le 13 mai elle atteint presque les dimensions de la paume de la main.

Le 20 mai, la plaie est le point de départ d'un érysipèle de la face qui guérit en huit jours sans laisser de traces, mais sans amener ni amélioration ni aggravation de l'épithélioma ou du lupus.

Pansement de la plaie avec une solution concentrée de chlorate de potasse.

La marche envahissante de la lésion paraît un moment enrayée.

Dans le courant du mois de mai, les bords de l'ulcération se tuméfient davantage et se déjetent encore plus en dehors. Autour d'eux, on trouve des nodules indurés profondément, donnant la sensation de gros grains de plomb.

Les ganglions sous-maxillaires des deux côtés sont engorgés et douloureux : ils atteignent le volume d'une noix.

Au mois de juin, l'écoulement purulent devient fétide.

On voit se développer sur le nez, au-dessus des tubercules lupiques, des croûtes jaunâtres très adhérentes qui présentent un aspect ostréacé et au-dessous desquelles se forme une ulcération en tout semblable à celle de la joue. Grande rapidité dans l'évolution de cette nouvelle ulcération. La lèvre

inférieure est très tuméfiée : elle se recouvre de croûtes au-dessous desquelles se forment encore des ulcérations.

A la fin du mois de juin, l'ulcération principale de la joue, qui avait subi un temps d'arrêt, reprend de nouveau sa marche rapidement envahissante : elle occupe toute la joue et adhère aux parties profondes ; le fond en est creux et irrégulier. La malade perd l'appétit, maigrit ; les douleurs lancinantes qu'elle ressent l'empêchent de dormir. Puis, dans le courant du mois de juillet, elle tombe dans un état de somnolence presque continue ; elle semble ne plus souffrir, ne cause plus, se désintéresse de son état. La cachexie fait des progrès rapides. Dans les premiers jours d'août le délire survient et la malade succombe le 16 août, quatre mois après son entrée à l'hôpital, dix mois après le début probable de l'épithélioma.

Examen microscopique. — A 1 centimètre de la tumeur on trouve sur la peau lupique les altérations suivantes :

Le derme est infiltré dans toute son épaisseur de granulations lupiques.

En certains points, cette infiltration constitue des nodules bien distincts. Ceux-ci ont subi par places une sorte de fonte caséuse et les cellules du centre du nodule, qui sont à peine colorées, se présentent sous la forme d'un bloc granuleux au niveau duquel on ne distingue plus la constitution cellulaire. Toutes les autres parties du derme sont d'ailleurs infiltrées par ces granulations disséminées irrégulièrement.

Les papilles sont étroites et peu développées : l'infiltration lupique y est moins prononcée que dans les couches sous-jacentes.

Dans l'épiderme, la couche des cellules polyédriques est amincie. Le stratum granulosum est au contraire très développé et il contient d'abondantes gouttelettes d'éléidine. La couche cornée est augmentée d'épaisseur. A mesure qu'on approche de la tumeur, on voit le corps muqueux augmenter d'épaisseur et en même temps certaines des cellules de la couche polyédrique devenir vésiculeuses.

Puis le corps muqueux envoie dans le derme des prolongements en massue, d'abord peu prononcés, mais qui se développent d'autant plus qu'on avance davantage vers la tumeur. Ces prolongements se dichotomisent et finissent par occuper tout le champ du microscope, constituant ainsi de larges masses de cellules polyédriques immédiatement en contact avec les granulations lupiques qui forment ainsi le stroma du cancer. Dans ces bourgeons épithéliaux on voit en effet des globes épidermiques à différents degrés d'évolution : Ce sont tantôt des cellules qui se divisent et qui prennent une apparence irrégulièrement polyédrique ; tantôt ce sont de petites perles épithéliales ; c'est ailleurs le globe épidermique type.

On suit parfaitement la marche envahissante de ces cellules qui refoulent des granulations lupiques pour prendre leur place.

Les glandes sébacées et les follicules pileux paraissent normaux.

OBSERVATION XII. (Personnelle). — Le nommé R..., Joseph, fumiste, âgé de 53 ans, entre le 13 juillet 1886 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Vidal.

Il n'a jamais été malade. Il n'a eu ni syphilis, ni rhumatisme, ni impaludisme. Alcoolisme modéré. Antécédents de scrofule ignorés. Les parents sont morts à un âge avancé d'affections inconnues. Pas de tuberculose pulmonaire dans la famille.

Un frère paraît avoir eu un lupus vorax du nez à l'âge de 8 ans.

En 1855, âgé d'environ 22 ans, il aurait vu survenir, à la partie latérale gauche du cou, une ulcération siégeant au-dessous de l'angle de la mâchoire et pour laquelle, après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, il aurait été soigné par Devergie, en 1862.

A cette époque, on lui donna des reconstituants et on lui fit des applications de teinture d'iode. La durée du traitement fut d'environ six mois après lesquels il quitta l'hôpital à peu près guéri.

Depuis lors, et à une époque que le malade ne saurait préciser, il vit reparaître la lésion qui s'agrandit peu à peu. Partant de la région mastoïdienne, en arrière du lobule de l'oreille gauche, le lupus envahit la région sous-maxillaire du côté droit. L'évolution de la lésion continua ainsi pendant plusieurs années.

A ce moment, au dire du malade, il y avait une desquamation foliacée assez abondante, mais il n'y avait aucune sorte d'ulcération. En même temps que se dessinaient les petits tubercules, le lupus s'étendait par ses bords, gagnait la base du cou et, passant au-dessus de la clavicule gauche, atteignait presque la fourchette du sternum.

Il y a environ trois ans, se montra une nouvelle ulcération à la partie médiane du cou. Cette ulcération était d'abord superficielle : elle suppurait peu, ne déterminait ni douleur, ni gêne, marchait très lentement ; aussi le malade ne s'en préoccupait-il pas outre mesure. La plaie était mal soignée, mal pansée, irritée par le rasoir et surtout par les linges le plus souvent sales que le malade y appliquait. Depuis quelques mois les caractères de cette ulcération ont complètement changé : atteignant autrefois les dimensions d'une pièce de 5 francs, elle s'étend actuellement avec rapidité vers le menton et le sternum. Elle est constituée par des saillies irrégulières, mamelonnées, recouvertes de croûtes et saignant facilement. Entre les bourgeons indurés, on voit de larges fissures, assez profondes, avec suintement purulent, fétide, peu abondant toutefois. Les bords, et particulièrement le bord supérieur, sont durs, irréguliers, fissurés et légèrement renversés en dehors ; mais ils sont peu saillants. Ils se continuent insensiblement avec la surface ulcérée. Celle-ci présente les dimensions de la moitié de la paume de la main et se trouve comme encadrée dans l'aire de la néoformation lupique primitive. R... ne se rappelle pas si la plaie a débuté par l'ulcération d'un tubercule. Si l'on essaye de plisser la peau au niveau ou au voisinage de l'ulcération, on remarque une dureté des tissus qui s'oppose à toute tentative de plissement : la tumeur est immobile et comme bridée sur les parties profondes. Cette ulcération est par moments le siège d'élançements, de picotements et d'un prurit incommode ; cependant le malade prétend n'en pas trop souffrir. Tout autour de cette ulcération, on retrouve des tubercules de coloration sucre d'orge, caractéristiques du lupus : les bords de la plaque sont serpigneux, d'un rouge vif, franchement limités, saillants et recouverts de squames foliacées. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. L'état général du malade est assez bon. Il se préoccupe seulement de l'extension rapide de cette ulcération ; il y a en outre un peu de gêne dans certains mouvements du cou et pendant la mastication. Pas d'engorgement ganglionnaire appréciable, mais l'immobilisation de la tumeur gêne l'exploration. M. Vidal diagnostique un épithélioma évoluant sur une ulcération lupique. Le malade soumis à la médication arsénicale est tenu en expectation pendant quelque temps, puis il passe pour être opéré dans le service de M. le Dr Reynier.

Voici, d'après les notes qui nous ont été remises par notre excellent collègue Sardou, la suite de cette observation :

Opération le 13 août. La tumeur est enlevée au bistouri : elle ne dépasse pas en profondeur le tissu cellulaire sous-cutané; par sa partie supérieure elle repose sur le bord inférieur du maxillaire, mais n'adhère pas à l'os qu'on n'est pas obligé de dénuder.

Sur les parties latérales de la tumeur, on incise largement le tissu lupique. La large perte de substance ainsi produite est comblée par autoplastie. Pansement de Lister et réunion par première intention sauf en un point où les sutures ont déterminé du sphacèle. Les parties restées à découvert bourgeonnent : leur réparation est aidée par des greffes épidermiques. Les mouvements du cou en arrière, qui étaient assez limités par la présence du lupus et de l'épithélioma, ne le sont pas davantage après la formation de la cicatrice. Le lupus reste stationnaire.

Nous avons revu le malade le 12 octobre, et nous avons pu constater que son état était aussi satisfaisant que possible.

Examen microscopique. — Coupe portant sur la tumeur et sur la peau infiltrée de nodules lupiques à la partie inférieure de la tumeur, près du sternum. Au niveau de la peau voisine de la tumeur, toutes les couches de la peau sont absolument saines.

Les papilles du derme sont très élargies et remplies de petites cellules rondes surtout abondantes autour des vaisseaux. Elles se répandent dans toute la papille et, par places, franchissant la couche des cellules cylindriques du corps muqueux, elles pénètrent les prolongements interpapillaires. Le derme est infiltré de petites cellules, surtout dans ses couches superficielles et autour du réseau horizontal des vaisseaux. On retrouve en ces endroits la disposition très nette du follicule tuberculeux, mais sans cellules géantes bien manifestes.

Dans les couches profondes du derme, on voit encore ces cellules rondes mais bien moins nombreuses. Elles dissocient en quelque sorte les fibres conjonctives rayonnant toujours autour des vaisseaux. La même disposition périvasculaire des granulations lupiques se retrouve jusqu'au niveau de l'hypoderme où l'on voit encore au milieu du tissu cellulo-adipoux quelques nids de ces cellules.

Les glandes sudoripares sont parfaitement normales.

A mesure qu'on approche de la portion cancéreuse de la coupe, on voit toutes les couches de l'épiderme augmenter de dimensions : le stratum granulosum, auquel succède une couche cornée dont les noyaux sont encore colorés en rouge, et surtout le corps muqueux qui envoie dans le derme des prolongements d'abord terminés en massue puis dichotomisés, d'où naissent des bourgeons secondaires, irréguliers, plus ou moins étendus et volumineux. Ces bourgeons sont formés de cellules polyédriques à noyau très coloré, et d'une couche de cellules cylindriques qui en constituent la périphérie. On voit disséminés dans ces bourgeons des globes épidermiques à différents degrés de développement : c'est un épithélioma pavimenteux lobulé. Le stroma qui entoure les bourgeons est constitué par les granulations lupiques, mais celles-ci ne se mêlent pas avec les cellules des prolongements du corps muqueux et s'accroient à la couche de cellules cylindriques sans la pénétrer. En différents endroits cependant cette pénétration a lieu : les cellules du lupus semblent avoir rompu la barrière des cellules cylindriques des bourgeons et ceux-ci sont alors envahis par le tissu lupique. Cette disposition

est d'ailleurs rare et l'on peut dire que la séparation des bourgeons cancéreux et du tissu lupique est parfaite. Plusieurs de ces bourgeons apparaissent sur la coupe, isolés en forme d'îlots avec ou sans globes épidermiques.

Au niveau de l'ulcération, on voit au-dessus des prolongements épithéliaux des cellules embryonnaires en assez grande abondance. A la partie supérieure de la tumeur, on trouve des glandes sébacées normales et des follicules pileux également sains. On voit aussi quelques fibres musculaires sans altérations appréciables sauf en quelques points où il existe une infiltration nucléaire entre les faisceaux.

A ces deux observations, nous pouvons en ajouter une troisième toute récente. Il s'agit d'un malade qui vient d'entrer à Saint-Louis dans le service de M. le Dr Vidal.

(A suivre.)

II

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES « FRACTURES DITES SPONTANÉES » SURVENANT CHEZ LES SUJETS SYPHILITIQUES,

Par **TAVERNIER**, aide de clinique du service.

Travail de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de Lille,
hôpital Saint-Sauveur,

Service de M. le professeur **H. LELOIR**.

Les fractures spontanées des os chez les syphilitiques sont très rares. Plus rares encore sont les observations de sujets syphilitiques atteints de fractures, dont l'autopsie a pu être faite, où l'on a pu vérifier le diagnostic porté sur le vivant.

Aussi conçoit-on pourquoi les anciens auteurs attribuaient à ces fractures une origine presque mystérieuse.

Vers 1630, Ambroise Paré, un des premiers, signala l'influence de la syphilis sur une altération, *mollities ossium*, prédisposant aux fractures : « La vérole, dit-il, liquéfie les os comme si c'était métal fondu. »

En 1784, J.-L. Petit cite la syphilis comme cause de fracture, mais n'insiste pas sur ce sujet.

En 1796, Benjamin Bell pensait que différentes maladies, et surtout le mal vénérien, peuvent produire une remarquable fragilité des os. Il parle du ramollissement signalé par ses prédécesseurs, mais n'est pas d'avis qu'il ait une origine syphilitique.

En 1801, Swediaur reprend la question, mais ne reste pas convaincu de l'influence de la syphilis sur les fractures spontanées. Il repousse absolument le ramollissement général du système osseux admis par Ambroise Paré.

En 1823, Delpech, dans ses cliniques, rejette l'idée que les lésions osseuses de nature syphilitique puissent déterminer des fractures spontanées.

Les auteurs classiques contemporains citent la syphilis au nombre des causes des fractures spontanées ; beaucoup d'entre eux n'y insistent guère ; ils en signalent simplement l'influence.

C'est ainsi que Nélaton reconnaît à la syphilis une action sur les os,

et se demande si elle imprime au tissu osseux une modification capable d'altérer sa composition. Il croit que la vérole localise son influence sur un ou plusieurs points de l'os, les carie, les nécrose et les prédispose aux fractures. Il ne croit pas à la porosité, ni aux « vermoulures » du tissu osseux chez les syphilitiques, signalées par certains auteurs, car il n'en a jamais observé.

Malgaigne, en 1847, reconnaît à la syphilis dans la production des fractures une influence d'autant plus mystérieuse qu'elle est plus rare et que la majeure partie des malades y échappent. Il dit que l'état anatomique des os ainsi rendus fragiles est encore inconnu.

Venot, de Bordeaux, à la même époque, essaye de démontrer, par des faits cliniques, que la syphilis exerce ses ravages sur le squelette en y produisant une friabilité extrême. On aurait affaire, d'après ses trois observations, à une altération généralisée analogue au *mollities ossium* d'Ambroise Paré.

M. Lancereaux, en 1866, montre nettement, le premier, que certains points du squelette peuvent s'altérer par le fait de la syphilis. Il en résulterait peut-être une fracture à la suite de la plus légère cause occasionnelle. Mais cette fracture, quel que soit son siège, serait plutôt l'effet d'une altération locale, d'une tumeur gommeuse par exemple.

Vidal de Cassis partage l'avis de Lancereaux et admet une altération localisée.

Nous voyons donc que la clinique seule était arrivée à admettre avec réserve et après de longs tâtonnements l'action locale de la syphilis osseuse.

Il était donné aux travaux anatomo-pathologiques de jeter le jour sur la question.

Volkman, en 1865, rattachait les faits de fragilité des os à des lésions d'ostéite gommeuse.

Lancereaux et Borel viennent de nouveau défendre, en 1879, l'opinion soutenue par le premier auteur en 1860.

M. Ricord avait trouvé dans un cas le canal médullaire dilaté, la moelle dure et jaunâtre : il s'agissait d'une lésion syphilitique tertiaire.

Virchow, dans son *Traité des tumeurs*, parle de l'ostéo-myélite syphilitique, et, dans une note additionnelle, il ajoute qu'il a eu l'occasion d'observer un cas d'ostéomyélite gommeuse avec hyperostose et modification de la moelle ressemblant à l'inflammation des autres organes.

M. Cornil distingue trois sortes de lésions osseuses syphilitiques :

L'ostéo-périostite ; — l'ostéite raréfiante ; — l'ostéo-myélite raréfiante intense ou ostéo-périostite gommeuse.

Rollet pense que les altérations des os longs commencent toujours par une ostéo-périostite, mais aboutissent par le procédé de l'ostéite

raréfiante à la formation de véritables gommés situées dans la substance compacte.

Breda avait déjà émis l'opinion que la fracture qui avait fait le sujet de son observation était occasionnée par une ostéite ou une ostéomyélite gommeuse.

En 1882, M. Méricamp rapporte l'autopsie d'une femme morte dans le service du professeur Fournier, la nommée E... Françoise (fracture spontanée de la clavicule). Il a trouvé dans le tissu osseux de cette femme des lésions multiples dont l'étude fut l'objet des travaux de M. le professeur Leloir, travaux dont les conclusions ont été ultérieurement vérifiées par MM. Dubar et Gangolphe. Les préparations histologiques de M. Leloir ont été reproduites dans la thèse d'agrégation de M. Dubar, auquel M. Leloir les a communiquées.

Les lésions anatomiques observées par M. Leloir chez cette femme étaient :

1° Une scléro-gomme de l'extrémité inférieure du radius avec ostéite raréfiante;

2° Une ostéite raréfiante et condensante, avec nécrose partielle et dégénérescence graisseuse du cartilage au niveau du condyle du fémur.

3° Une ostéite condensante du frontal, avec ostéite légère; une gomme diffuse en voie de cicatrisation (scléro-gomme étalée).

La syphilis a donc produit chez cette femme des lésions osseuses dont l'origine peut être ramenée, comme l'a dit M. Leloir, à l'ostéite raréfiante, laquelle a abouti selon l'évolution et la transformation ultérieures des cellules embryonnaires qui en sont le résultat, à :

1° L'ostéite raréfiante simple (ulcère de l'os);

2° L'ostéite condensante (éburation);

3° L'ostéite gommeuse (gomme diffuse en foyer);

4° L'ostéite scléreuse (scléro-gomme). — (H. LELOIR.)

Aussi est-ce pour empêcher cette transformation ultérieure des cellules embryonnaires, que notre maître, M. le professeur Leloir, recommande les préparations hydrargyriques et l'iodure de potassium à hautes doses. Seule, cette médication empêche ce qu'il appelle l'évolution atypique des cellules embryonnaires.

Le cas que nous allons citer, et que nous avons observé dans la clinique de M. le professeur Leloir, en est une preuve bien convaincante. Il est intéressant à un triple point de vue. — A. La fracture eut lieu à la suite d'une cause occasionnelle très insignifiante et en même temps très évidente. — B. La malade portait aux lieux et places de la fracture une hyperostose douloureuse. — C. Il existait en outre sur plusieurs os du squelette des hyperostoses très nettes.

Cette observation recueillie sous la direction de notre maître, M. le

professeur Leloir, nous est personnelle. Nous l'avons communiquée à notre ami, M. le Dr Prévost, qui en a fait le sujet de la thèse inaugurale qui lui a été inspirée par M. le professeur Leloir (*Thèse de doctorat*, Lille, mars 1886).

Nous la publions, sur les conseils de M. Leloir, pour relater l'autopsie qui a pu être faite grâce à une maladie mortelle intercurrente.

OBSERVATION.

Syphilis ignorée (syphilis par conception paraissant remonter à environ six ans). Cicatrices de syphilis circonscrites dans le dos. Hyperostoses douloureuses de la clavicule droite et des humérus. Fracture spontanée de la partie inférieure de l'humérus gauche. — Vaginite. — Strume. — Variole hémorrhagique. Mort.

D..., Augustine, fille soumise. Entrée le 30 octobre 1885, salle Saint-Côme, n° 13, dans le service de M. le professeur Leloir, à l'hôpital Saint-Sauveur. Mère morte des suites d'une pneumonie. Le reste de la famille est bien portant.

A eu une perte il y a trois ans, pour laquelle elle a été soignée à l'hôpital de la Charité, à Lille. Rhumatisme il y a un an. Abscès ganglionnaire ayant laissé à sa suite, dans la région parotidienne, une cicatrice rougeâtre, irrégulière en fer à cheval.

Le mari de cette femme est venu dans le service pour des accidents syphilitiques tertiaires. Elle a eu de cet homme un enfant actuellement bien portant.

L'accident primitif et la roséole ont passé inaperçus. Il y a six ans, maux de tête occupant toute la région occipitale. Pas de croûtes dans les cheveux. Pas d'alopécie, mais la malade s'apercevait que ses cheveux tombaient plus que d'habitude.

Il y a six mois, elle remarqua qu'elle portait à gauche, près du deltoïde, un placard de lésions cutanées; ces lésions étaient recouvertes de croûtes noirâtres que la malade faisait tomber en se grattant.

Pas de démangeaisons à ce niveau. A la même époque, elle ressentit des douleurs le long de l'humérus gauche, revenant surtout le soir.

Elle ne suivit aucun traitement et la police l'amena dans la salle Saint-Côme pour prostitution clandestine.

État actuel. — 30 octobre 1885. — Femme petite, pâle, anémique, et détail important ici, à système musculaire peu développé.

Rien à la vulve. Rien aux aines.

Nous remarquons à la partie postérieure de la région de l'épaule gauche, près du deltoïde, un placard, grand comme la main, de syphilides tuberculeuses circonscrites dont il ne reste que des taches brunâtres avec petits points cicatriciels entre les taches.

Sur la clavicule droite nous constatons, à l'union du tiers moyen avec le tiers interne, une hyperostose grosse comme un œuf de poule, douloureuse à la pression et à la percussion.

Au tiers moyen de l'humérus gauche nous trouvons une hyperostose grosse comme un œuf de poule, très douloureuse à la pression.

A la partie inférieure de l'humérus droit il existe une hyperostose considérable, peu douloureuse.

Rien à la gorge.

Traitement : 3 grammes d'iodure de potassium.

10 novembre 1885. — La malade, depuis deux ou trois jours, se plaignait de douleurs très vives dans l'hyperostose qu'elle portait à l'humérus gauche.

Le matin, M. Leloir venait d'arriver dans son cabinet, quand la sœur du service y entra précipitamment en lui disant : « Venez vite, la nommée D... vient de se fracturer le bras en soulevant son oreiller. » M. Leloir, très étonné d'un pareil accident pour une cause si minime, crut d'abord à une mauvaise plaisanterie de la part des filles publiques en traitement. Il se rendit néanmoins près de la malade. Il la trouva, en effet, très pâle; elle lui raconta en pleurant, qu'en soulevant son oreiller, elle avait tout à coup senti un craquement et une douleur fixe au bras gauche.

En examinant la malade, M. Leloir constata, en effet, au tiers inférieur de l'humérus, une fracture en rave sans chevauchement; mobilité anormale, douleur fixe et crépitation; fracture spontanée provoquée par un très faible effort musculaire.

Appareil en carton et silicate, écharpe de Mayor.

Frictions hydrargyriques, 2 grammes.

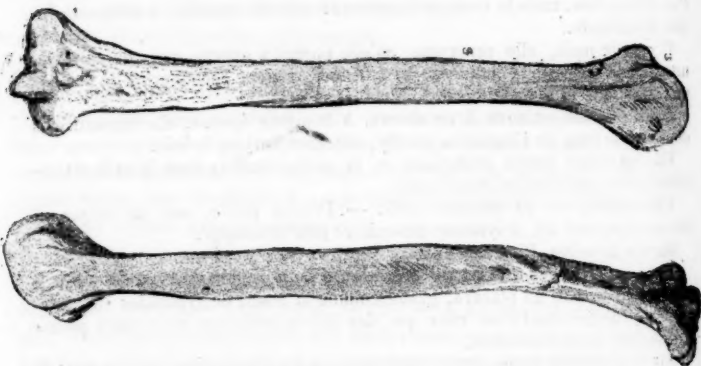
Iodure de potassium, 3 grammes.

1^{er} février 1886. — L'hyperostose de l'humérus droit diminue.

10 février 1886. — L'appareil est levé, les fragments sont réunis par un cal solide et régulier, consolidation parfaite de la fracture.

4 juin 1886. — Morte d'une variole hémorrhagique à l'hôpital de la Charité.

Le 25 août 1886, M. Leloir apprend seulement la mort de la malade. Il demande et obtient l'exhumation. Celle-ci est faite le 27 août 1886, au cimetière du Sud.



A l'autopsie, nous avons constaté les résultats suivants :

Humérus gauche. — Sur le vivant, nous avions reconnu l'existence d'une

hyperostose assez volumineuse; il en existe à peine maintenant un léger degré. Les deux parties de l'os fracturé sont réunies par un cal parfait, solide, régulier, qui se reconnaît par une encoche visible sur le côté interne de l'os, endroit où existe une légère courbure de la partie inférieure qui forme avec le reste de l'os un angle très obtus, à 5 centimètres environ de la trochlée humérale.

Humérus droit. — L'hyperostose qui avait été reconnue sur le vivant et qui sur toute la partie inférieure de l'humérus avait atteint les dimensions d'un œuf de poule, est réduite à environ trois quarts; l'os présente encore à ce niveau une surface inégale, légèrement surélevée et poreuse.

Clavicule droite. — Il ne reste plus trace de l'hyperostose que nous y avions constatée lors de l'entrée de la malade. Ces pièces, que nous présentons dans la planche adjointe à notre travail, ont été déposées dans le musée de la Clinique sous le n° 154.

Nous voyons donc par cet examen nécroscopique quelle influence a exercée le traitement mixte prompt et énergique. Nous étions en présence ici d'une fracture exposée à une consolidation plus ou moins lente et difficile, et même à une non-consolidation incomplète, autrement dit à la pseudarthrose; mais grâce à l'hydrargyre et à l'iodure, l'ostéite condensante, l'ostéite gommeuse et scléreuse, toutes choses qui mènent à la pseudarthrose, ont pu être évitées. La fracture a évolué, comme les fractures ordinaires, vers un cal parfait, cal solide et régulier; les différentes hyperostoses constatées non seulement sur l'humérus droit mais sur la clavicule ont diminué, celle de la clavicule a totalement disparu.

Pour terminer, nous dirons avec M. le professeur Leloir que les médecins qui, dans les cas de fractures chez des syphilitiques, s'abstiennent de donner le mercure et l'iodure de potassium, sont aussi répréhensibles que ceux qui omettraient ce traitement dans le cas d'hyperostoses gommeuses du sternum ou de toute autre partie du squelette.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DE LA PELADE,

Par M. SCHACHMANN, interne des hôpitaux.

Le traitement de la peladé a beaucoup varié avec les différentes opinions qu'on se faisait de la nature de cette affection du cuir chevelu. Bazin, ayant accepté comme démontrée l'existence du microsporon Audouini, découvert par Gruby, institua un traitement antiparasitaire, encore conseillé aujourd'hui par le professeur Hardy dans le *Dictionnaire pratique des sciences médicales*. Mais depuis l'illustre dermatologiste, la nature de la pelade a été beaucoup discutée. A côté de cas nettement contagieux, on a pu en voir d'autres où la contagion a dû être éliminée. Il s'est même produit une opinion, surtout en Allemagne, qui attribuait la pelade à un trouble nerveux, ce qui conduisait naturellement à l'application de l'électricité au traitement de cette affection.

En France, la plupart des dermatologistes sont éclectiques et pensent qu'on a réuni, sous le nom de pelade, des alopecies d'origine différente, dont la délimitation est encore loin d'être exacte. A côté de pseudo-pelades tricophytiques et d'alopecies nerveuses à forme décalvante, ils admettent, en se fondant encore plus sur ses caractères cliniques que sur l'existence d'un parasite dont la valeur pathogénique est encore à l'état d'hypothèse, la réalité d'une pelade parasitaire.

Quoi qu'il en soit de ces diverses opinions, il est de fait que le traitement purement antiparasitaire n'agit que très lentement, s'il est vrai qu'il agisse, et que depuis longtemps déjà on recourt à des moyens qui excitent le cuir chevelu et qui amènent la guérison de la pelade. Disons tout d'abord que l'épilation, vantée par Bazin, a été vite mise de côté, du moins pour ce qui concerne la plaque elle-même. Certains auteurs, M. Besnier principalement, font épiler ou raser le pourtour des plaques sur une étendue d'un centimètre environ; mais cet auteur se sert surtout d'excitants, actuellement de l'acide acétique cristallisable, pur ou mélangé avec du chloroforme.

M. Lailler, qui a souvent cherché le parasite de la pelade sans le trouver, emploie également des badigeonnages avec une lotion excitante à base d'ammoniaque.

C'est M. Vidal qui déjà, en 1861, a préconisé l'emploi du vésicatoire

et qui revient sur ce moyen dans deux leçons cliniques qu'il a faites à l'hôpital Saint-Louis en 1878. Il y donne le résumé de tous les moyens employés par lui et par d'autres médecins, et montre les avantages réels qu'on retire de l'emploi du vésicatoire dans le traitement de la pelade.

Étant interne à l'hôpital Saint-Louis cette année, nous avons été frappé, d'une part, de la fréquence de la pelade, et, d'autre part, de la longue durée des divers traitements employés pour la combattre. Les excitations du cuir chevelu par les lotions excitantes, par l'huile de croton même, ne donnent pas de résultats ou en donnent de très insuffisants. C'est alors, avec la permission bienveillante de notre maître, M. le docteur Hallopeau, que nous commençâmes à traiter nos malades selon la méthode de M. Vidal, c'est-à-dire par les vésicatoires successifs. Nous donnerons plus loin une série d'observations, prises soigneusement, et qui nous paraissent plaider éloquemment en faveur du traitement que nous avons employé. Mais avant, il faut que nous exposions la façon dont nous avons procédé.

Les malades atteints de pelade, qui se présentent à l'hôpital, sont ordinairement des enfants; mais des adultes en sont également et assez souvent atteints. C'est principalement le cuir chevelu qui est malade, mais la barbe des hommes n'est pas toujours épargnée. Enfin, les enfants malades qui composent notre clientèle sont très souvent strumeux. Or, quels que soient l'âge et l'état général du malade, nous n'avons pas hésité d'appliquer des séries de vésicatoires, et, comme on le verra, nous n'avons jamais eu d'accident.

La pelade est très fréquemment méconnue ou mal traitée, de sorte que le plus souvent nos malades arrivent avec une ou plusieurs plaques d'étendues considérables. Notre façon d'agir a un peu varié, suivant que le malade ne portait qu'une ou deux ou plusieurs plaques, ou enfin si presque tout le cuir chevelu se trouvait être malade.

D'une manière générale, voici comment nous procédions :

On applique un vésicatoire aussi large que la plaque elle-même, et on le laisse en place jusqu'à formation de bulles. On l'enlève alors et l'on panse comme d'ordinaire. Généralement, au bout de trois jours, la plaque est sèche, et il faut alors appliquer un nouveau vésicatoire, et ainsi de suite, 3, 4, jusqu'à 6 et même 10 vésicatoires. Ajoutons que nous faisons frictionner tout le reste de la tête, matin et soir, avec la lotion suivante :

Eau, 100 grammes; — essence de térébenthine; — 20 grammes; — ammoniaque, 5 grammes.

Souvent, lorsqu'il n'y avait qu'une grande plaque, ou deux d'étendue moyenne, ou plusieurs petites, nous faisons appliquer des vésicatoires simultanément sur toutes. Mais lorsque la plaque unique occupait une grande partie du cuir chevelu, ou lorsque les plaques multiples étaient

grandes, ou encore lorsque tout le cuir chevelu était malade, nous divisons les parties malades en champs, et nous faisons appliquer les vésicatoires successivement sur chacun d'eux, après enlèvement du précédent.

Selon le conseil de M. Besnier, nous recommandons encore de faire raser le pourtour des plaques sur une étendue d'un centimètre environ. Nous sacrifions en outre toute la chevelure lorsque les plaques étaient étendues ou lorsqu'elles étaient clairsemées et d'aspect malade.

OBSERVATION I. — Athey (Joséphine), 8 ans. — 28 janvier 1886. Deux plaques de pelade de la grandeur d'une pièce de 2 francs chacune, siégeant à la région occipitale gauche. Le début de la maladie remonte au 12 décembre dernier. Pas de spores à l'examen microscopique. On badigeonne à l'acide pyroligneux. — 4 février. Pas de modification. Nouveau badigeonnage à l'acide pyroligneux et frictions deux fois par jour avec la lotion excitante (n° 119). — 18 février. Quelques cheveux, renflés à la pointe, ont repoussé sur la surface des plaques. Badigeonnage au crayon d'huile de croton. — 25 février. Même état. Lotion avec une solution de sublimé à 1/000. — 27 avril. Les cheveux repoussent très lanugineux et rares. Faire raser les plaques et appliquer des vésicatoires successifs, selon la méthode exposée plus haut. Lotion excitante. — 20 mai. On a appliqué 6 vésicatoires successivement. Le cuir chevelu, au niveau des plaques, est rouge, mais recouvert d'une poussée drue de cheveux de même couleur que les cheveux sains. Le changement a été frappant dans ces cas dès qu'on a commencé le traitement par les vésicatoires. Il est vrai que le traitement a été suivi ponctuellement par les parents, ce, qu'entre parenthèses, on n'obtient pas toujours.

OBSERVATION II. — Muller (Eugénie). — 4 février 1886. Plaque de pelade large comme une pièce de 5 francs, siégeant au milieu du sinciput. Application d'un vésicatoire. — 18 février. Même état. Badigeonnage à l'huile de croton. Lotion avec une solution de sublimé à 1/000. — 4 mars. Même état. A infecté une sœur et un frère. — 18 mars. Vésicatoires successifs. Lotions excitantes matin et soir. — 25 mars. Va mieux, les cheveux repoussent, encore rares. Même traitement. — 3 avril. Les cheveux repoussent avec abondance.

OBSERVATION III. — Bergeron (Henri), 10 ans. — 18 février 1886. Nombreuses plaques de pelade disséminées sur le cuir chevelu. A été infecté par son frère. Au microscope, pas de spores. Vésicatoires successifs sur les champs marqués. Lotions excitantes. — 13 mai. On n'a appliqué que 3 vésicatoires à des intervalles prolongés. Pas d'amélioration. De nouveau le même traitement, et l'on ajoute l'huile de foie de morue et le sirop d'iode de fer intérieurement. — 27 mai. Même état. Traitement mal appliqué à des intervalles prolongés. — 17 juin. N'a pas eu de vésicatoires. Pas de modification. — 1^{er} juillet. Même état. On maintient le traitement — 24 juillet. La mère de l'enfant affirme avoir appliqué le traitement selon l'ordonnance, et, en effet, il y a une amélioration marquée, les cheveux repoussent sur toutes les plaques. On les fait raser et l'on ordonne de nouveaux vésicatoires successifs. — 12 août. L'amélioration fait des progrès, les cheveux repoussent en abondance.

OBSERVATION IV. — Barthélemy (Robert). — 18 février 1886. Plaque de pelade grande comme une pièce de 10 centimes sur la partie supérieure et

gauche de l'occipital. Pas de spores. Vésicatoires successifs. — 25 février. Même état. Même traitement. — 18 mars. De nombreux poils lanugineux sur la plaque. Même traitement. — 6 mai. Toute la plaque est recouverte d'une abondante poussée de cheveux de même couleur que les cheveux sains.

OBSERVATION V. — Defosset (Alice), 5 ans. — 28 février 1886. Plaque de pelade à la région occipitale grande comme une pièce de 5 francs. Cheveux cassés. Pas de spores. Vésicatoires successifs. — 11 mars. Amélioration notable, les cheveux repoussent et ont leur couleur normale. Raser, vésicatoires. — 8 avril. Cheveux abondants sur la plaque. Lotions excitantes seulement. — 22 avril. Guérie.

OBSERVATION VI. — Declaron (Henri). — 4 mars 1885. Soigné en 1884, à l'hôpital Saint-Louis, pour un herpès tonsurant, moyennant l'acide pyroligneux et l'huile de croton. Obtint à la fin de la même année un certificat de guérison. Actuellement on observe une plaque de pelade du volume d'une pièce de 50 centimes à la région frontale. L'examen microscopique ne révèle pas de spores. Badigeonnage à l'acide pyroligneux. Lotion de sublimé à 1/000. — 13 avril. La plaque s'agrandit un peu. Même traitement. — 4 mai. Même état. Acide pyroligneux. — 12 mai. Sur la plaque on voit des cheveux renflés en massue, taillés en balai. Pas de spores. Lotions excitantes. — 14 janvier 1886. Pas de modification. Vésicatoires successifs. — 18 février. N'a pas suivi le traitement. Nouvelle plaque, large comme une pièce de 50 centimes, sur la région pariétale gauche. Badigeonnage à l'huile de croton. Lotions de sublimé à 1/000. — 18 mars. Même état. — 15 avril. Pas de changement. Lotions de sublimé. — 27 mai. On ordonne énergiquement les vésicatoires successifs. — 3 juin. Poils lanugineux sur les plaques. Même traitement. — 21 juin. La plaque frontale est guérie, celle de la région pariétale est très améliorée.

OBSERVATION VII. — Sohier, 18 ans. — 18 mars 1886. Plaque de pelade grande comme une pièce de 5 francs à la nuque, une autre, large comme une pièce de 50 centimes, au milieu du sinciput. Le reste de la chevelure est rare. Pas de spores. Lotions excitantes. — 25 mars. Pas de modification, nouvelle plaque. Vésicatoires successifs. Lotions excitantes. — 15 avril. Pas d'amélioration; ayons ne pas suivre régulièrement le traitement qu'on recommande de nouveau. — 6 mai. Même état. Même traitement. — 13 mai. La plaque de la nuque a été seule bien soignée, est convertie de cheveux lanugineux. Plusieurs taillés en balai. Pas de spores. — 27 mai. Va mieux. Raser les plaques. Vésicatoires. — 22 juillet. Très bon état. Raser, vésicatoires. — 29 juillet. Les cheveux repoussent sur toutes les plaques de la même couleur que les cheveux sains.

OBSERVATION VIII. — Armbruster, 43 ans. — 18 mars 1886. Nombreuses plaques de pelade disséminées sur le cuir chevelu. Pas de spores. Vésicatoires successifs. — 17 juin. Quelques jours après sa première consultation il se fractura la jambe et resta à l'hôpital Lariboisière jusqu'au 13 juin : ans traiter sa pelade. On ordonne de nouveau les vésicatoires successifs et les lotions excitantes. — 29 juillet. Les cheveux repoussent partout, sauf sur une plaque sur la région occipitale, large comme une pièce de 5 francs. Raser les plaques. Vésicatoires. — 12 août. Les cheveux repoussent drus et avec leur couleur primitive sur toute la tête, sauf sur la plaque de la région occipitale, où les cheveux sont lanugineux. Depuis 15 jours, il n'y a appliqué qu'un seul vésicatoire. On ordonne de raser toutes les plaques, mais de n'appliquer des vésicatoires que sur la plaque occipitale.

OBSERVATION IX. — Henry (Louise). — 25 mars 1886. Deux plaques de pelade, l'une sur le sinciput, large comme une pièce de 5 francs, l'autre sur le frontal, large comme une pièce de 2 francs. Pas de spores. Vésicatoires successifs. Lotion excitante. Sirop d'iode de fer. — 29 juillet. Les cheveux repoussent drus et de la même couleur que primitivement.

OBSERVATION X. — Berry (Léon), 8 ans 1/2. — 8 avril 1886. Plaque de pelade au sommet de la tête; cheveux incomplètement tombés, cheveux cassés. Surface du cuir chevelu un peu squameuse. Pas de spores. Badigeonnage à l'acide pyrogallique. Lotions de sublimé à 1/1000. — 28 avril. Même état. Badigeonnage à l'huile de croton (crayon). Lotions excitantes. — 6 mai. Pas de modification. Même traitement. — 13 mai. L'état de la pelade ne s'étant pas modifié, on a recours aux vésicatoires successifs et lotions excitantes. — 21 mai. La plaque est presque complètement recouverte de cheveux de même couleur que les cheveux sains. Faire raser. Vésicatoires successifs. — 17 juin. La plaque est couverte de cheveux, et il n'est même plus possible de reconnaître l'endroit qu'elle occupait.

OBSERVATION XI. — Tanevaux (Joséphine), 12 ans. — 15 avril 1886. Plaque de pelade occupant toute la région pariéto-occipitale gauche. Quelques cheveux taillés en balai. Pas de spores. Badigeonnage à l'huile de croton (crayon). — 22 avril. Même état. On divise la plaque en deux champs et on ordonne les vésicatoires successifs et les lotions excitantes. — 29 avril. Même état. Même traitement. — 13 mai. Même état. On continue les vésicatoires. — 27 mai. Les cheveux repoussent sur toute la plaque. Faire raser, continuer les vésicatoires. — 17 juin. L'amélioration s'accroît. On cesse les vésicatoires; faire raser et lotions excitantes. — 8 juillet. On ne reconnaît même pas la place occupée par la pelade. Cheveux robustes de même teinte que partout ailleurs.

OBSERVATION XII. — Blin (Alphonse), 12 ans 1/2. — 1^{er} avril 1886. Plaque de pelade à la nuque, à la naissance des cheveux. Pas de spores. Badigeonnage à l'acide pyrogallique. — 15 avril. Pas de modification. Vésicatoires successifs. Lotions excitantes. — 27 avril. Légère amélioration, les cheveux repoussent sur toute l'étendue de la plaque, mais ils sont d'apparence lanigineuse. Même traitement.

OBSERVATION XIII. — Leroux (Marie), 14 ans. — 15 avril 1886. Plaque de pelade, large comme une pièce de 2 francs, au milieu du sinciput, datant d'environ quinze jours. Une toute petite plaque en arrière de la précédente. Pas de spores. Badigeonnage à l'huile de croton (crayon). Lotions excitantes. — 17 juin. Pas de modification. Nouvelle plaque sur le pariétal droit. Vésicatoires successifs. Lotions excitantes. — 1^{er} juillet. Amélioration sensible, les cheveux repoussent sur toutes les plaques. Faire raser. Même traitement. — 5 août. Les cheveux repoussent avec vigueur et de même couleur que les sains.

OBSERVATION XIV. — Guénard (Émile), 8 ans. — 22 avril 1886. L'enfant porte une large plaque de pelade sur le pariétal droit. Elle a débuté en juin 1885 et fut traitée par des lotions excitantes. On continue le même traitement. — 20 mai. Pas de modification. On recourt aux vésicatoires successifs et lotions excitantes. — 10 juin. N'a pas suivi le traitement qu'on recommande de nouveau. — 8 juillet. L'enfant n'est pas traité chez lui et nous persistons dans la recommandation du même traitement. — 12 août. Cette fois, on a appliqué 5 vésicatoires successivement, et l'on voit des cheveux repousser sur la plaque. On persiste dans la recommandation du même traitement.

OBSERVATION XV. — Berdigat (Marie), 12 ans 1/2. — 22 avril 1886. Immenses plaques de pelade, une sur le frontal, une autre sur le pariétal droit et d'autres, un peu plus petites, disséminées sur la région occipitale. Pas de spores. On divise le cuir chevelu en plusieurs champs. On sacrifie le reste de la chevelure et l'on ordonne des *vésicatoires successifs* et les lotions excitantes. — 17 juin. Le traitement a été scrupuleusement suivi, et l'on remarque sur toutes les plaques une vigoureuse poussée de cheveux de même couleur que primitivement sur le frontal et le pariétal, mais lanugineux sur l'occipital. Faire raser et reprendre les vésicatoires. — 15 juillet. Les cheveux repoussent partout. Faire raser, vésicatoires. — 29 juillet. Sur toutes les plaques les cheveux repoussent abondamment et de même couleur que primitivement. Faire raser; on cesse les vésicatoires. — 12 juillet. Excellent état. — 30 septembre. Guérie.

OBSERVATION XVI. — Traut (Alphonsine), 13 ans 1/2. — 22 avril 1886. Deux très larges plaques de pelade sur la région pariétale gauche. Pas de spores. Lotions excitantes. — 13 mai. Pas de modification. On recourt aux vésicatoires successifs sur les champs limités. Lotions excitantes. — 27 mai. Légère amélioration. Poussée de cheveux. Raser, même traitement. — 17 juin. Amélioration très marquée, les cheveux repoussent abondamment et avec leur couleur primitive. Raser, vésicatoires. — 29 juillet. Abondante poussée de cheveux. On cesse encore les vésicatoires, mais on fait encore raser. Lotions excitantes. — 12 août. Les cheveux ont repoussé drus, on ne reconnaît la place occupée par la pelade que par les cheveux courts qui s'y trouvent, la jeune fille ayant été encore rasée il y a quelques jours. On cesse tout traitement.

OBSERVATION XVII. — Rousseau (Léon), 10 ans. — 6 mai 1886. Plaque de pelade, large comme une pièce de 5 francs, sur la partie supérieure du pariétal gauche. Pas de spores. On ordonne des vésicatoires successifs. Lotions excitantes. — 20 mai. Application irrégulière du traitement. Même état. Même traitement. — 27 mai. Cette fois-ci on a mieux suivi le traitement, et l'on remarque de nombreux petits cheveux sur la plaque. Raser et appliquer de nouveau des vésicatoires successifs. — 29 juillet. Jusqu'à cette date l'enfant était absent et on ne lui fit pas le traitement ordonné. On l'ordonne de nouveau. — 5 août. Amélioration notable.

Dans cette observation, comme dans plusieurs autres d'ailleurs, il est remarquable de voir combien l'état de la maladie varie selon que le traitement a été appliqué ou non. Nous avons vu, en effet, qu'il a suffi de le suivre pendant huit jours, du 20 au 27 mai, pour qu'une amélioration se fût remarquer presque aussitôt. Par contre, dès qu'on s'arrêtait, l'amélioration s'arrêtait elle-même pour faire un nouveau pas en avant avec la reprise des vésicatoires. Nous avons déjà fait allusion à ce fait, qu'il était souvent difficile d'obtenir des parents une action suivie, et nous nous sommes convaincus que cela ne tenait nullement à la difficulté ou à la délicatesse du traitement, ni à la sensibilité des enfants et surtout point à des accidents. Les enfants supportent bien plus volontiers les vésicatoires que l'épilation, par exemple, et nous verrons plus loin, lorsque

nous aurons exposé toutes nos observations, que jamais accident inflammatoire ou autre n'a été provoqué par eux.

OBSERVATION XVIII. — Royer (Ernest). — 20 mai 1886. Trois plaques de pelade sur le crâne, dont une sur la partie antérieure et deux autres sur la partie postérieure. Pas de spores. Vésicatoires successifs. Lotions excitantes. — 27 mai. Pas de modification. Même traitement. — 17 juin. Même état. Même traitement. — 1^{er} juillet. Pousse de cheveux lanugineux sur toutes les plaques. Même traitement après rasage. — 22 juillet. Nombreux cheveux lanugineux. Faire raser et reprendre les vésicatoires. — 29 juillet. Notable amélioration, les cheveux repoussent abondamment.

OBSERVATION XIX. — Martie (Elic), 6 ans — 27 mai. Large plaque sur la partie supérieure de l'occiput. Pas de spores. Badigeonnages à l'huile de croton (crayon). Lotions de sublimé à 1/1000. — 24 juin. Pas d'amélioration. Vésicatoires successifs. Lotions excitantes. — 8 juillet. Les cheveux ont repoussé en grande partie, mais beaucoup d'entre eux sont renflés en masses à leur extrémité libre. Pas de spores. Faire raser les plaques et reprendre les vésicatoires. — 22 juillet. L'amélioration fait des progrès mais beaucoup de cheveux sont renflés en massue. Même traitement. — 5 août. Va bien; les cheveux repoussent avec leur couleur primitive.

OBSERVATION XX. — Jules-Gustave, 20 ans. — 27 mai 1886. Plaque de pelade située à la partie postérieure et supérieure droite du crâne, plus large qu'une pièce de 5 francs. Pas de spores. Vésicatoires successifs. Lotions excitantes. — 22 juillet. A bien appliqué son traitement. Les cheveux repoussent abondamment et présentent leur couleur primitive. Faire raser et n'employer que des lotions excitantes.

OBSERVATION XXI. — Hamel (Louis), 14 ans 1/2. — 3 juin 1886. Une plaque de pelade large comme une pièce de 1 franc, au-dessus de l'oreille droite. Pas de spores. On ordonne des vésicatoires successifs. Lotions excitantes. — 8 juillet. Même état. On reprend le même traitement. — 15 juillet. Pas d'amélioration. Faire raser le pourtour de la plaque (conseil de M. Brocq), et reprendre les vésicatoires. — 22 juillet. Nombreux cheveux lanugineux sur la plaque. Faire raser et reprendre les vésicatoires. — 5 août. Même état. Même traitement. — 12 août. Les cheveux repoussent abondamment et de même couleur que les sains.

OBSERVATION XXII. — Vaillant (Onésime), 19 ans. — 3 juin 1886. Trois larges plaques de pelade, deux sur le pariétal droit et une sur le pariétal gauche. Pas de spores. On ordonne des vésicatoires successifs. Lotions excitantes. — 17 juin. Pas de modification. On reprend le même traitement. — 15 juillet. Faire raser le pourtour des plaques sur une étendue de 1 centimètre. Appliquer des vésicatoires successifs et frictionner le reste de la tête avec la solution excitante suivante : Eau de feuilles de noyer, 1 verre; rhum, 3 cuillerées; ammoniaque liquide, 3 cuillerées. Ce traitement a été formulé par M. le Dr Brocq qui supplée M. Hallopeau. — 29 juillet. Pas de modification. Reprise des vésicatoires. — 12 août. Les cheveux repoussent partout. la majeure partie avec leur couleur primitive et les autres ne sont pas lanugineux mais d'une teinte plus claire. Faire raser et reprendre le traitement. — 28 octobre. Guéri.

OBSERVATION XXIII. — Ladoux (Léon), 28 ans. — 3 juin 1886. Trois plaques de pelade, dont une très large occupe toute la partie antérieure de la convexité du crâne et deux autres sur l'occipital. Pas de spores. On

ordonne les vésicatoires successifs sur les champs limités des plaques et des lotions excitantes. — 17 juin. Légère amélioration, on voit déjà des poils lanugineux sur les plaques. Le malade, qui est très désireux de guérir rapidement, nous dit qu'il n'attend même pas que les plaies soient complètement sèches pour remettre de nouveaux vésicatoires. On lui recommande énergiquement de ne pas s'exposer à des accidents par de pareilles pratiques. Faire raser les plaques et reprendre les vésicatoires. — 8 juillet. Abondante poussée de cheveux sur toutes les plaques. Faire raser. Vésicatoires. — 22 juillet. L'amélioration fait des progrès. Même traitement. — 12 août. Les cheveux repoussent abondamment avec leur couleur primitive.

OBSERVATION XXIV. — M..., 19 ans, étudiant à l'École centrale. — 22 avril 1886. Sur le milieu du crâne on voit une plaque de pelade large comme une pièce de 5 francs. Pas de spores. On ordonne des vésicatoires successifs. Lotions excitantes. — 29 avril. Quelques cheveux épars sur la plaque. Faire raser, reprendre les vésicatoires. — 15 mai. Abondante poussée de cheveux de même couleur que les cheveux sains. Notons que le malade est très zélé dans l'application de son traitement. Faire raser, vésicatoires. — 1^{er} juin. On ne reconnaît même plus la place occupée par la pelade.

OBSERVATION XXV. — Martin (Jules). — 10 juin 1886. Trois plaques de pelade sur la région occipito-pariétale droite. Pas de spores. On ordonne des vésicatoires successifs. Lotions excitantes. — 17 juin. Les cheveux repoussent sur la plaque médiane, pas de modification sur les autres. Faire raser. Même traitement. — 15 juillet. Même état. Faire raser le pourtour des plaques (M. le Dr Brocq) et reprendre le même traitement. — 29 juillet. La plaque sus-auriculaire droite présente de nombreux cheveux lanugineux, la plaque médiane et celle de la nuque sont recouvertes de cheveux abondants et de même couleur que les cheveux sains. Continuer le traitement. — 19 août. Guéri.

OBSERVATION XXVI. — Blaquet (Étienne). — 24 juin 1886. Plaque de pelade large comme une pièce de 1 franc, sur la moitié gauche de l'occipital. Pas de spores. On ordonne des vésicatoires successifs. Lotions excitantes. — 22 juillet. Le malade affirme avoir appliqué sur la plaque successivement 12 vésicatoires. De nombreux cheveux lanugineux la recouvrent. On continue le même traitement.

OBSERVATION XXVII. — Hurtaux (Esther), 8 ans. — 24 juin 1886. Alopecie du cuir chevelu avec trois plaques de pelade sur le sinciput. Pas de spores. On ordonne des vésicatoires successifs. Lotions excitantes. — 29 juillet. Les cheveux repoussent. Raser. Même traitement. — 12 août. Les cheveux ont repoussé sur toutes les plaques avec la même couleur qu'ils avaient primitivement. On cesse les vésicatoires, mais on ordonne de raser et de frictionner la tête avec la lotion excitante.

OBSERVATION XXVIII. — Chauveau (Léon). — 1^{er} juillet 1886. Plusieurs plaques de pelade de dimensions variant de celle d'une pièce de 1 franc à celle d'une pièce de 5 francs disséminées sur le cuir chevelu. Pas de spores. On ordonne les vésicatoires successifs. Lotions excitantes. — 15 juillet. M. le Dr Brocq recommande de raser le pourtour des plaques qui ne présentent aucune modification et de reprendre les vésicatoires successifs. — 29 juillet. Même état. Même traitement. — 12 août. Abondante poussée de cheveux de même couleur que les cheveux sains.

OBSERVATION XXIX. — Garnier (Camille), 8 ans. — 15 juillet 1886. Nom-

breuses plaques de pelade disséminées sur le cuir chevelu; quatre sont très larges, cinq à six ont les dimensions d'une pièce de 1 franc. Pas de spores. On ordonne les vésicatoires successifs. Lotions excitantes. — Toutes les plaques sont recouvertes d'une abondante poussée de cheveux, mais encore incolores. On continue le même traitement.

Si nous jetons maintenant un regard général sur les 29 observations que nous venons de relater, nous voyons que la marche de la maladie n'a suivi qu'un seul type. Dans tous les cas cités, on a employé les vésicatoires successifs, et on n'a jamais été forcé d'abandonner cette méthode pour la remplacer par une autre. Au contraire, les observations I, II, VI, VII, IX, X, XII, XIII, XIV, XIX nous montrent qu'on a dû abandonner les lotions excitantes diverses, l'acide pyroligneux, l'huile de eroton, qui ne donnaient pas de résultat malgré un emploi souvent très prolongé.

Quant à la durée de la maladie, nous voyons qu'elle n'a jamais dépassé trois mois à partir du moment où l'on a commencé le traitement par les vésicatoires. Dans le plus grand nombre des cas même elle atteint à peine deux mois, et dans plusieurs cas l'amélioration a été d'une rapidité frappante. Quelquefois il a suffi d'une seule série de 3 ou 4 vésicatoires pour que les cheveux commencent à repousser. Lorsqu'on a suivi un certain nombre de ces malades, on s'aperçoit bientôt qu'une fois ce résultat obtenu, si l'on dirige bien le traitement, la guérison définitive ne devient plus qu'une question de quelques semaines. En effet, ce qui est difficile à obtenir, c'est la poussée de cheveux nouveaux sur ces surfaces glabres, ivoiriennes du cuir chevelu, telles que les crée la pelade. L'espace de temps qui sépare la première application du traitement de la première poussée de cheveux est, d'une façon générale, bien plus long que celui qui sépare cette première poussée de cheveux de la guérison définitive.

Une condition essentielle, que nous avons reconnue indispensable pour la prompte réussite du traitement, tel que nous le recommandons, c'est l'observation scrupuleuse de toutes les règles indiquées, et surtout de ne pas interrompre la série des vésicatoires que pour le temps strictement nécessaire au dessèchement de la plaie. Plusieurs fois, en effet, nous avons été frappé d'un temps d'arrêt chez nos malades après la première poussée de cheveux, et presque toujours nous trouvions la cause dans la non-observation des règles prescrites.

Il y a un point sur lequel nous devons attirer particulièrement l'attention, c'est la fréquence assez grande du fait que, même après une première série de vésicatoires, les cheveux repoussaient avec toutes leurs qualités physiologiques, et cela d'autant plus fréquemment que le traitement a été suivi plus scrupuleusement. D'autre part, nous n'avons jamais observé, à la suite de ce traitement, que les cheveux lanugineux gardent

bien longtemps ce caractère ou bien restent blancs. Toujours, au bout d'une ou de plusieurs séries de vésicatoires, les cheveux lanugineux ont cédé la place à des cheveux vigoureux de même couleur que les cheveux restés sains.

A l'emploi des vésicatoires, surtout de la façon dont nous les employons, c'est-à-dire plusieurs coup sur coup, on a objecté de donner lieu à des accidents. Parmi ceux-ci, on craint surtout l'érysipèle, les dermo-folliculites, les suppurations prolongées, les poussées ganglionnaires chez les strumeux, etc.

Si l'on veut bien se reporter à nos observations, on verra que jamais aucun de ces accidents n'y a été signalé. Nous dirons même qu'il est merveilleux de voir combien les enfants, et même les strumeux, supportent bien ce traitement. Faut-il attribuer cela au traitement général que nous ajoutions au traitement local? Nous avouons que telle n'est pas notre opinion. Si nous donnions de l'huile de foie de morue, du sirop de fer aux strumèux, c'était en vue même de leur état général et non pour guérir la pelade. Il est, en effet, aisé de constater que, sans traitement local énergique, la pelade n'a qu'une faible tendance à guérir spontanément, et tend plutôt à gagner du terrain et à s'éterniser.

Pour nous résumer, nous croyons que nos observations nous autorisent à conclure que l'emploi des vésicatoires successifs dans le traitement de la pelade donne de bons et prompts résultats.

RECUEIL DE FAITS.

PARAPLÉGIE SYPHILITIQUE A FORME DE TABES DORSAL SPASMODIQUE.

(Observation recueillie par G. BUDOR, interne des hôpitaux.)

Antécédents héréditaires. — Rien à noter chez les ascendants. Une sœur, nerveuse, a eu une monoplégie brachiale qui apparut et disparut spontanément.

Antécédents personnels. — E... a uriné au lit jusqu'à 11 ans. A l'âge de 10 ans, rhumatisme articulaire aigu généralisé; tous les ans, depuis, le malade a au moins une fois du rhumatisme. Depuis 1878, battements de cœur.

A 16 ans, sans cause, première attaque d'épilepsie. L'année suivante, ces attaques se reproduisirent environ une fois tous les trois mois. Elles présentaient bien les caractères de l'épilepsie : perte de connaissance, chute n'importe où, pas de souvenir au réveil. E... fut du reste réformé à Lyon pour cette cause.

Dans ces dernières années, les attaques se sont espacées davantage; elles ont cessé depuis un an environ.

En mai 1881, le malade fut soigné à Beaujon par M. Millard pour un rhumatisme aigu généralisé. Il sortit guéri au bout d'un mois.

Un mois et demi après, il rentra dans le même service pour un chancre induré de la lèvre inférieure. La cicatrice est encore très apparente aujourd'hui. Un mois après le début du chancre, il contracte, étant à l'hôpital, une angine diphthéritique grave. E... quitta l'hôpital à la fin du mois d'août; quelques jours avant son départ, il avait eu une roséole; peu de temps après, il perdit ses cheveux. Huit jours après sa sortie paraissent des symptômes de paralysie du voile du palais (enrouement, réflexe des boissons par le nez); en même temps, engourdissement et faiblesse des jambes. Rentré de nouveau chez M. Millard, il a bientôt une paraplégie. Le diagnostic porté est paralysie diphthéritique.

Traitement : pointes de feu, bains sulfureux, préparations ferrugineuses, iode de potassium à petites doses. La paraplégie persiste pendant cinq mois et demi, puis commence à s'amender et disparaît entièrement en un mois.

Depuis cette époque (commencement de 1882) jusqu'en 1886, E... a joui d'une santé parfaite.

Au mois d'avril 1886, il entre dans le service de M. le professeur Proust pour un rhumatisme aigu généralisé. On constate une double lésion aortique.

Le salicylate à haute dose pendant sept jours amène la guérison. Le malade ne présente alors aucun trouble du côté des membres inférieurs. Il sort guéri à la fin d'avril.

Le 22 mai, il rentre dans le service pour une nouvelle attaque de rhumatisme que le salicylate amende moins rapidement que la précédente.

Le 15 juin, pendant la convalescence, fourmillements dans les jambes, et, en huit jours, paraplégie complète, avec conservation de la sensibilité, exagération du réflexe rotulien, trépidation épileptoïde. En l'absence de M. Proust, on pense d'abord à une méningite rhumatismale. Salicylate de soude à haute dose pendant plusieurs jours sans résultat. En raison des accidents actuels, et aussi à cause de la première paraplégie qu'on ne peut rapporter à la syphilis puisqu'elle a été presque contemporaine du chancre, on songe ensuite à une embolie médullaire.

Traitement : Pointes de feu ; pilules de strychnine.

Au commencement de septembre, époque du retour de M. Proust, le malade présente les symptômes d'un tabes dorsal spasmodique : la paraplégie est complète ; exagération du réflexe rotulien ; trépidation épileptoïde. Lorsqu'on essaye de faire mettre le malade debout, ses jambes sont agitées d'un tremblement continu avec brusques secousses ; couché, il a dans les deux jambes des contractions passagères. La sensibilité est conservée dans tous ses ressorts.

Le 15 septembre, M. Proust prescrit 6 grammes d'iodure de potassium par jour et des frictions mercurielles. Au bout de dix jours, le malade peut se tenir debout en s'appuyant à son lit. Huit jours après, il marche avec une canne ; son allure est sautillante, comme spasmodique ; il traîne la pointe des pieds. Au 10 octobre, la guérison est complète ; la marche est absolument normale ; le réflexe rotulien n'est plus exagéré, la trépidation a disparu. Pendant toute la durée de la maladie, il n'y pas eu d'atrophie des membres inférieurs.

En somme, on est là en présence d'une paraplégie syphilitique, comme le prouve la rapide guérison amenée par le traitement spécifique.

Cette rapidité même fait supposer qu'on a eu affaire non pas à une myélite, mais à des plaques de méningite comprimant la moelle et amenant peut-être une dégénérescence de ses fibres les plus superficielles.

L'allure de tabes dorsal affectée par la maladie permet de penser que la compression portait surtout sur les cordons latéraux.

La marche rapide des accidents dans les deux paraplégies qu'a présentées notre malade pourrait faire songer à l'hystérie, d'autant que la sœur du sujet paraît manifestement hystérique. Cette hypothèse nous paraît cependant facile à écarter : le malade, d'apparence robuste, n'a jamais eu le moindre symptôme pouvant se rattacher à l'hystérie.

Actuellement, il n'a ni anesthésie cutanée ni pharyngée, ni rétrécissement du champ visuel, ni point douloureux. D'ailleurs, quoique les deux fois la paraplégie ait cessé assez vite, la disparition n'a pas eu la rapidité spéciale aux paralysés hystériques.

REVUE GÉNÉRALE.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

Par A. DOYON.

(Suite et fin.)

X. — LEWENTANER. Selon cet auteur, c'est un des grands mérites de Fournier d'avoir institué une nouvelle méthode de traitement. Elle se distingue par son absence de danger et sa simplicité — de plus petites doses réparties sur un temps plus long; — la longue observance par le malade de toutes les précautions hygiéniques et diététiques, son empressement à suivre strictement toutes les prescriptions du médecin, pour éviter les récidives de la syphilis, toutes ces règles sont des facteurs — spécialement dans une maladie à marche aussi chronique que la syphilis — qui témoignent en faveur de la nouvelle méthode. Personne n'a peut-être réussi jusqu'à présent, avec les anciennes méthodes, à empêcher, pendant trois à quatre ans, un individu atteint de syphilis de commettre des excès *in Baccho et Venere*, à le déterminer à renoncer aux soirées dansantes, aux bals et autres fatigues. La méthode de Fournier permet d'obtenir ce résultat.

Les deux malades suivants, observés par l'auteur, ont été traités, avec un résultat remarquable, par une méthode mitigée analogue à celle de Fournier.

1^{er} cas. — Durée du traitement, 3 ans et demi. Jeune homme de 22 ans, de constitution délicate, scrofuleuse, a, dans l'automne de 1881, contracté un chancre induré 4 semaines environ après un coït suspect. Ce chancre guérit dans l'espace de 6 semaines. 6 à 7 semaines plus tard, roséole typique de la face et de toute la surface cutanée.

Dès ce moment, on institua le traitement suivant : la première année, un cycle de 2 mois, c'est-à-dire 1 mois de mercure et 1 mois de repos; la deuxième année, également un cycle de 2 mois, avec cette différence que, pour le premier mois, on prescrivait du mercure et pour le deuxième, de l'iodure de potassium; la troisième année, cycle de 3 mois, autrement dit, 1 mois de mercure, 1 mois de repos et, le troisième mois, de l'iodure de potassium; la quatrième année, cycle de 4 mois, 1 mois de mercure, 2 mois de repos et le quatrième mois de l'iodure de potassium. Principalement au commencement de 1882, cure de frictions, bains de vapeur et gargarismes au chlorate de potasse. Après cette cure,

toutes les éruptions cutanées disparurent; çà et là seulement, taches légères de roséole à la face; il survint un exanthème papulo-squameux dans la région de la cicatrice du gland et au scrotum, qui céda à une pommade au précipité blanc. En 1882, on employa comme mercuriaux :

Ong. hydrarg	environ 90 grammes.
Protoiodure hydrarg	— 4 gr. 50
Calomel à la vapeur	— 1 gr. 44
Sublimé corrosif	— 0 gr. 10
Et enfin : iodure de potassium	— 80 grammes.

Bien que le malade fût faible et scrofuleux et eût eu autrefois des troubles digestifs, avec diarrhée fréquente, il avait parfaitement supporté la cure ci-dessus, son état général s'était même notablement amélioré. Quant aux règles de l'hygiène et du régime, il les avait scrupuleusement observées.

La deuxième année (1883), l'iodure était prescrit également dans le but de convertir en un composé soluble le mercure accumulé en excès dans les organes internes, afin de faciliter son élimination (Bouchardat).

La troisième année (1884), aucun accident jusqu'à présent. Outre le traitement spécifique indiqué ci-dessus : l'hiver, bain de vapeur toutes les 4 semaines, l'été une douche en pluie chaque matin. 1 gramme d'iodure de potassium par dose.

Quatrième année (1885). Il se produisit à la surface de la langue, au milieu, deux taches blanches comme la neige, non douloureuses, de la grosseur d'un pois, qui restèrent longtemps stationnaires et disparurent sans s'être ulcérées. L'auteur a considéré ces taches blanches comme l'expression de l'hydrargyrose. Trois doses de calomel de 3 centigrammes occasionnaient des douleurs d'estomac, un goût métallique, de l'inappétence, tandis que 2 cuillerées à café chaque jour de liqueur de van Swieten étaient très bien supportées. Lewentaner, après cette quatrième année, considéra la maladie comme guérie pour toujours; mais, à la prière instante du malade, il lui fit deux injections sous-cutanées de calomel dans la région fessière, à un intervalle assez éloigné l'une de l'autre.

2^e cas. — Il s'agit d'un homme de 30 ans qui a été traité par les méthodes usuelles.

Bien que plus d'un an se fût passé et que ce malade eût déjà fait plusieurs cures de frictions, l'auteur constata encore, outre un ulcère serpigneux de la lèvre inférieure, des ulcères très douloureux, recouverts d'un dépôt gris jaunâtre sur les bords de la langue et deux autres sur sa face dorsale, plus des taches pigmentaires en différents points

du tégument externe, notamment sur le dos et les omoplates, consécutives à un exanthème, et enfin une acné d'une teinte rouge cuivré sur le front et la face.

L'auteur prescrit un traitement successif mitigé. Alternativement, 1 mois de mercuriaux et 1 mois d'iodure de potassium. Après 2 cycles de ce traitement, le malade était entièrement guéri et il est resté ainsi jusqu'à présent (un an). Dans ce cas, on eut la confirmation du principe de Fournier, que des doses massives de mercure réalisent une accoutumance de l'organisme qui empêche toute action médicamenteuse. (Le malade faisait des cures répétées de frictions et les phénomènes syphilitiques persistaient.) Ce n'est qu'après une longue période, que Lewentaner soumit avec le meilleur résultat ce malade à de plus faibles doses, avec des intermittences correspondantes, ce qui confirmerait aussi la « désaccoutumance » et la méthode des traitements successifs et longtemps prolongés.

XI. — CASPARY. Un cas de syphilis étant donné, on attend presque toujours tranquillement la guérison des symptômes, mais on envisage avec incertitude l'avenir du malade; aussi est-on attiré vers une méthode de traitement radical, antidotique, s'adressant à la cause même et que l'on peut opposer à celle qui n'a pour but que le traitement des symptômes. On la désigne en général sous le nom de cure de Fournier, quoique les Américains (van Buren et Keyes) aient été peut-être ses précurseurs, en administrant pendant des années, même d'une manière ininterrompue, ce qu'ils appelaient de petites doses de mercure (4 à 7 centigrammes de protoiodure par jour). Fournier a imaginé et publié son mode de traitement, alors que la nature parasitaire de la syphilis n'avait pas encore été mise en avant. Pour les partisans du mercure, il n'est pas de haute importance de savoir si les symptômes de la maladie sont provoqués par un agent opérant chimiquement ou d'une façon corpusculaire.

Nous employons le mercure pour combattre les symptômes, mais on sait que leur disparition n'est pas synonyme de guérison. On admet généralement avec Virchow que la substance toxique se trouve à l'état latent dans les glandes et dans d'autres réceptacles. Cette substance est-elle ou non bacillaire? On n'en saura pas mieux pour cela s'il est possible de l'atteindre et de la modifier favorablement. Caspary pense que la cure de Fournier s'adapte également à toutes les conceptions théoriques de la nature du poison latent; elle procède de l'observation clinique.

Voyons cependant, dit-il, quelles sont les données qui ont conduit Fournier à établir sa méthode de traitement. En général, on admet que c'est précisément chez des malades insuffisamment ou pas du tout traités que

Fournier a vu survenir une syphilis cérébrale ou d'autres accidents graves analogues. Tel a été le point du départ de sa mercurialisation prolongée. En tenant pour exact un semblable pronostic, Caspary accepterait aussi ce mode de traitement. Mais il considère ce pronostic comme non justifié; outre les réinfections chez des sujets traités autrement — que l'auteur ne regarde nullement comme rares — l'expérience des anciens médecins affirme le contraire. Zeissl, qui, en 1864, posa le même pronostic que Fournier énonce aujourd'hui, et recommandait par suite dans chaque cas un traitement mercuriel comme absolument nécessaire, conseillait en 1882 de se passer autant que possible de mercure. — Sigmund, dont le principal titre de gloire fut l'introduction de cures douces par les frictions, conseillait à la fin de sa vie, si riche en expériences, de ne traiter avec le mercure que les deux cinquièmes de tous les syphilitiques, parce que ce nombre seulement était justiciable du traitement. — Diday combat de la manière la plus énergique les récentes doctrines de Fournier.

Si l'on jette un coup d'œil sur les disciples de Fournier en territoire allemand, voici ce qu'on observe : Dans sa récente communication, Neisser dit que, dans la période tertiaire gommeuse tardive, il survient constamment des troubles irréparables. L'évolution clinique ne confirme cependant pas cette assertion! — Bockhart conseille des cures prolongées. Mais il insiste sur ce fait qu'il tient absolument compte des réserves de l'auteur (exprimées en 1884) sur les dangers d'une introduction prolongée de mercure dans le sang. Du reste, Bockhart recommande non de procéder d'après la manière massive voulue de Fournier, mais de donner plus rarement et beaucoup moins de mercure. — Finger se déclare partisan du traitement chronique de Fournier, mais ses opinions au point de vue de la thérapeutique diffèrent entièrement de celles de cet auteur. Finger suit tout à fait la doctrine de Zeissl; ainsi il attend que, sous l'usage éventuel de l'iode, les accidents secondaires se soient résorbés, et il ne donne du mercure que dans les cas où il ne croit pas pouvoir faire autrement. Pour lui, le mercure n'est nullement un antidote nécessaire; il compte toujours sur une évolution spontanée; malgré cela, il conseille souvent pendant deux ans de petites quantités de mercure. — Unna qui, en 1881, prescrivait de laisser appliqué d'une manière ininterrompue, pendant un à deux ans, un emplâtre de mercure et de zinc, a, dans ces derniers temps, signalé la possibilité que les prétendus rétrécissements syphilitiques du rectum, dont l'origine était jusqu'à présent tout à fait obscure, puissent être placés dans la même série que les affections si fréquentes des gencives, que les accidents dysentériques plus rares que l'on observe pendant le traitement mercuriel. Selon lui, des ulcères du rectum provoqués non par la syphilis mais par le mercure

pourraient bien être la cause de rétrécissements. Il s'agit, avec les actions immédiates et éloignées du mercure, de réductions que provoque le mercure métallique, incomplètement oxydé ; il s'agit, dit-il, de ramollissement, d'ulcération, de suppuration, particulièrement dans les points où simultanément il existe d'autres processus de réduction, par exemple dans la cavité buccale et dans le gros intestin dans lesquels, avec de mauvaises dents, avec de la coprostase, les micro-organismes trouvent une abondante nourriture.

Toutefois, Unna donne son opinion avec quelques réserves. Si son hypothèse était juste, il existerait une action jusqu'à ce jour tout à fait inconnue et dangereuse du mercure sur les tissus. La prophylaxie de la stomatite, étant depuis longtemps connue, Unna conseille des précautions analogues pour le rectum. Cependant, le gros intestin serait plus difficilement accessible. Mais si, en général, l'influence réductrice si considérable du mercure existe, elle se fera sentir aussi en tout autre point qui y est prédisposé.

Or, il n'est pas douteux que l'empoisonnement mercuriel subaigu et chronique puisse provoquer des ulcérations dans les parties profondes de l'intestin. A l'appui de cette assertion, on peut citer, outre des observations faites accidentellement chez l'homme, les résultats des expériences d'Overbeck, d'Heilbronn et de Mehring. L'explication par réduction semble à Caspary peu acceptable. On observe des ulcères également après l'introduction des sels d'oxyde de mercure et il est à présent assez généralement admis que tout le mercure introduit dans l'organisme circule dans le sang et dans les sucres des tissus sous forme de sublimé. Mais des sels d'oxyde de mercure ne peuvent jamais agir comme des agents de réduction. Cependant, même si le mercure métallique ou des sels oxydulés circulaient dans l'organisme, on devrait admettre que les proportions minimales d'oxygène qui étaient nécessaires pour leur oxydation complète sont partout disponibles. Il serait tout aussi difficile d'attribuer ici l'action nocive à la soustraction de l'oxygène que dans l'empoisonnement par le phosphore. (Le phosphore, d'après la théorie actuelle, agit non par réduction, mais en arrêtant l'oxydation.)

Dans ce cas, comme dans l'empoisonnement par le phosphore, on devrait donc admettre une influence spécifique sur les fonctions et la vie des cellules. Ou bien l'on pourrait revenir à une explication mécanique telle que l'a récemment proposée Hans Meyer pour les phénomènes analogues dans l'empoisonnement par le bismuth. Par conséquent, il faut considérer les inflammations, les ulcérations, etc., de la muqueuse intestinale essentiellement comme des suites de la stase, qui est occasionnée dans les capillaires sanguins et lymphatiques par l'introduction du bismuth sulfuré, dans ce cas du mercure sulfuré. Ceci

expliquerait comment c'est précisément sur les points où SH_2 est développé dans la bouche et le gros intestin, qu'on trouve le plus souvent la lésion précitée. Dans ce but, l'auteur a fait avec Minkowski quelques expériences sur des chiens. Ils espéraient, par l'examen microscopique des points ulcérés, colorés en noir par le mercure sulfuré, trouver une explication quelconque. Jusqu'ici ces auteurs n'ont encore rien obtenu de précis. Leurs recherches ne sont point terminées. Mais elles ont toutefois démontré que l'introduction, durant deux à trois semaines, de doses relativement faibles d'oxyde de mercure (0,01 d'acétamide de mercure injecté chaque jour) chez des chiens de taille moyenne — doses qui ne paraissent nullement altérer l'état général des animaux — pouvaient provoquer dans le gros intestin des inflammations et des mortifications considérables.

Dans le domaine clinique, l'auteur ne veut pas se livrer à l'hypothèse aussi neuve que hardie d'Unna. L'objection principale qu'il a formulée il y a deux ans contre les cures de Fournier et qui encore aujourd'hui le rend défiant à l'égard de ces cures, ce sont des scrupules contre l'incorporation chronique de préparations mercurielles. La surveillance dont nous disposons dans l'emploi du mercure se borne à éviter la stomatite, l'entérite, la déchéance visible de l'organisme, mais il est impossible de contrôler les influences latentes, insidieuses ; les altérations des tissus et des humeurs qui ne frappent pas les yeux. D'autre part, néanmoins, il n'est pas indifférent que Kaposi et Neisser, en divergence sur tant de questions du traitement de la syphilis, soient d'accord sur la complète innocuité d'un traitement mercuriel longtemps prolongé ; cependant l'auteur, pour sa part, peut assurer que ses collègues de l'Université de Königsberg, Naunyn, Jaffe, Minkowski, très compétents en pharmacologie, apprécient tout autrement la question, qu'ils ne considèrent nullement comme exempt de danger le traitement mercuriel prolongé. L'auteur tient à répéter son ancien argument : que les remèdes qui agissent d'une manière spécifique — quinine, salicyl, mercure — sont beaucoup mieux tolérés, quand la maladie existe (fièvre intermittente, rhumatisme, poussée de syphilis), que dans la période qui sépare les accès. Et l'on ne saurait se refuser à penser que si le mercure est efficace contre les bacilles — tout hypothétiques qu'ils soient — de la syphilis, leurs spores, durant la période latente, pourraient être inaccessibles au remède.

En somme, toute théorie est incertaine. Au commencement de 1884, Caspary fit à Königsberg sur le traitement de la syphilis une communication qui a été publiée plus tard (1). Avec cette méthode de traitement il

(1) Voici les règles de ce traitement : commencer le traitement au moment de l'apparition des accidents secondaires, ne jamais le renouveler pendant l'état, mais seulement en cas de récurrence. Le pronostic est plus favorable quand, au lieu de

survient certainement, dans quelques cas, des accidents graves venant à long terme, surtout chez les syphilitiques qui ne suivent pas les lois d'une hygiène régulière, qui ont des dispositions morbides héréditaires, le surmenage d'un organe, particulièrement du cerveau. En l'état, ce serait, ajoute-t-il, plutôt aux partisans de Fournier de publier leurs résultats ; cependant à ce travail se trouve annexé un tableau récapitulatif des malades qu'il a traités, après une observation de dix ans au moins. Ce tableau comprend cent cas qui ont été suivis par l'auteur jusqu'aujourd'hui ou jusqu'à la mort des malades. Il n'a vu une partie des malades que de temps en temps, en raison de leur éloignement.

Caspary avait publié en 1876 trois cas de réinfection ; il n'en fait figurer qu'un seul dans son tableau, parce que le premier malade est mort assez jeune, le troisième est depuis plusieurs années en dehors de son observation ; il paraît bien portant.

Il rapporte trois autres cas qu'il a traités durant la première et la deuxième infection ; chez tous la réinfection s'est accusée non seulement par un chancre induré, mais encore par une pléiade ganglionnaire indolente et une roséole typique.

Ce qui lui paraît le plus digne d'attention, c'est l'absence presque complète de postérité syphilitique, sauf dans les cas de mariage précocce, ou d'abandon complet de tout traitement mercuriel. La stérilité des syphilitiques lui a toujours paru d'une fréquence saisissante.

Le nombre des individus atteints de symptômes tertiaires est malheureusement considérable ; le résultat de cures énergiques est en général très favorable. On a noté chaque fois les cas où la nature syphilitique d'une maladie arrivée tardivement après l'infection est restée douteuse.

Quatre malades furent atteints de tabes, deux de paralysie générale.

Or, cent cas de syphilis, c'est une goutte d'eau dans la mer ; de plus, leur groupement dans le traitement de chaque malade est purement accidentel. Caspary renonce donc à tirer des conclusions ultérieures. Il n'est pas nécessaire, dit-il, d'insister sur ce point qu'il ne considère pas les résultats de son traitement comme les meilleurs possibles ; il ne désire rien plus ardemment que d'être instruit et converti par des résultats meilleurs. Il faudrait seulement que les malades traités par la méthode de Fournier fussent observés pendant de longues années et restassent indemnes. Caspary est convaincu — malgré l'ailé-gation contraire — que des cures initiales énergiques éloignent les

continuer le mercure et l'iode, on insiste sur l'observation des règles de conduite hygieniques et diététiques (Sigmund) : « Propreté et tannification de la peau et des muqueuses *predisposées*, régime fortifiant, genre de vie approprié, se préserver de toutes causes d'affaiblissement » (in *Deutsche med. Wochenschrift*, 1884, n° 13).

récidives ; mais il a déjà exprimé sa crainte, fondée sur l'expérience, que dans ces cas les récidives pourraient être d'une gravité spéciale.

Le nombre et l'étendue de ces communications, la diversité des lieux d'où ils sont datés, le nom de leurs auteurs, la multitude des points théoriques et pratiques auxquels ils touchent, tout nous décèle l'intérêt qui, à l'étranger comme en France, s'attache présentement à l'étude du traitement de la syphilis. Ici, plus que dans toute autre maladie, la question thérapeutique joue un rôle capital ; et c'est à bon droit : car le malade syphilitique n'est pas seul en jeu. Il importe non seulement de le guérir, mais de préserver dans le présent son entourage et dans l'avenir ses descendants. Il faut sauver l'individu sans doute, mais veiller à la dépopulation est non moins urgent. Le problème pratique a donc toute l'importance d'une question sociale. On s'explique ainsi l'attention et la sollicitude croissante des médecins de tous les pays, et on s'explique mal l'inaction des gouvernements, en vue de neutraliser l'action du virus syphilitique.

En Allemagne, cette question a été mise à l'ordre du jour du dernier congrès de médecine interne, et si la discussion approfondie qui a eu lieu n'a peut-être pas donné de résultats actuellement définitifs, on ne peut méconnaître et l'on saura dès à présent utiliser les perfectionnements techniques qu'elle a vulgarisés. De toutes les questions que soulève le traitement de la syphilis, nous n'examinerons que la suivante sur laquelle les esprits sont le plus divisés.

A quel moment doit commencer, — selon quel mode être continué, — et combien de temps être prolongé le traitement antisiphilitique ?

La question posée dans le premier membre de cette proposition divise les syphiligraphes depuis un temps indéfini et l'accord ne paraît pas près de se faire. Dans les deux camps, même conviction, même ardeur. Les arguments sont nombreux, pressants et, au premier abord, paraissent bien faits pour entraîner les convictions ; mais à tous un point fait défaut, la contre-épreuve.

Les uns nous disent : le mercure, cet agent spécifique par excellence, ne peut combattre que les manifestations de la syphilis soit objectives, soit celles qui se traduisent par certaines altérations des organes des sens, anosmie, anaphrodisie, etc., soit enfin de la fécondation ; mais son action est nulle durant la période latente de la syphilis. — C'est la méthode *opportuniste*, dont M. Diday est l'éloquent porte-drapeau.

L'autre méthode, *méthode réglementée*, a pour promoteur convaincu et autorisé M. le professeur A. Fournier.

Telles sont les deux principales voies thérapeutiques où se sont

engagés les doctrinaires et que suivent aujourd'hui la plupart des syphiligraphes de tous les pays. Je n'ai rien à dire de ceux qui refusent toute action au mercure ou qui lui attribuent la paternité des accidents spécifiques. La lumière est faite depuis longtemps sur ce point.

Jusqu'à ces dernières années, on traitait les syphilitiques en leur administrant systématiquement le mercure, dès l'apparition du chancre, pendant la première poussée des accidents secondaires et en général durant une période de 2 à 4 mois après la disparition de tous les symptômes.

Ayant vu prévaloir et suivi lui-même les anciens errements, M. Diday institua d'abord un autre mode de traitement dans lequel il se bornait à donner du mercure dans les seuls et rares cas où « la nature des accidents l'exigeait indispensablement ». Mais, depuis 1860, il a conçu la méthode à laquelle il a donné le nom si actuel de *méthode opportuniste*. Voici en quoi elle consiste : tout d'abord elle déclare qu'elle ne fait qu'aider les efforts de la nature et les effets de l'hygiène. Quant à sa formule thérapeutique, on pourrait la caractériser d'un mot : *l'individualisation*. Pour l'opportuniste, chaque sujet syphilitique représente une nouvelle syphilis à observer et à combattre. — Ceci est parfaitement juste et le *réglementiste* le plus convaincu ne saurait nier, ne contestera jamais que, dans un certain nombre de cas, la marche et la gravité des accidents sont influencés, à des degrés divers, par la situation sanitaire hygiénique antérieure et présente, le tempérament, la constitution du contaminé. Nous laissons de côté tout ce qui touche à l'hygiène, à la diététique, etc. ; sur ce point, opportunistes et réglementistes sont d'accord et reconnaissent l'importance qu'on doit si justement leur attribuer sur le décours de la syphilis. La syphilis, virus ou bacille, est une. Mais il n'en est pas de même du syphilitique qui, sous l'action de causes innées ou acquises, d'influences de milieu, pourra résister aux assauts de la maladie ou offrir des déviations plus ou moins prononcées.

« Mais, ajoute M. Diday, l'opportuniste aura lu tout d'abord, dans la physionomie des premiers accidents, ce que seront les accidents ultérieurs. » Or, les faits, de nombreux faits ont démontré que, dans bon nombre de cas, à la syphilis secondaire bénigne succédaient les accidents spécifiques les plus graves (Broadbent en a cité plusieurs exemples et M. Fournier en a observé un grand nombre). Et ce sont même ces faits qui ont déterminé le professeur de Saint-Louis à entrer dans une voie nouvelle de traitement.

En clinicien consommé et auquel les difficultés, nous dirons mieux, l'impossibilité de porter toujours exactement ce pronostic prévisionnel, n'avaient point échappé, M. Diday prévient l'objection en ajoutant immédiatement : « Puis, toujours prêt à revenir sur ce pronostic à bases

essentiellement mutables, le praticien scrute à chaque récurrence du mal, à chaque visite du malade, la réciproque influence qu'exercent le degré de force de celui-là, la constitution et l'hygiène de celui-ci. » Ceci est fort bien et personne ne songerait à y redire. Mais, en pratique, les choses ne se passent pas constamment ainsi; et d'ailleurs l'opportuniste le plus attentif n'est pas toujours là pour veiller sur son client, pour apprécier le caractère d'une récurrence et en déduire la valeur pronostique. « C'est en interrogeant à fond le passé, dit M. Diday, que le médecin applique son sens médical à combiner, pour la meilleure sauvegarde de l'avenir, les ressources de la nature sagement dirigée avec les secours de l'art soigneusement appropriés. »

C'est une conduite très délicate à tenir, avoue loyalement le syphiliographe lyonnais, et, quelques pages plus loin, il expose, avec sa clarté et sa précision habituelles, ses principes de traitement, en suivant le malade *ab initio ad finem* « de manière à mettre en relief les indications que, dans chaque période, chaque lésion ou chaque groupe de lésions suggère, et comment le praticien devra satisfaire à ces variables, mais toutes et toujours impérieuses indications. »

Essayée quant à sa technique, la *doctrine Diday* peut se résumer dans la proposition suivante : réserver l'influence du mercure pour le moment où une poussée éclate; et, dans cette poussée, contre les accidents qui, malgré l'action de l'hygiène et de la diététique, ne montrent pas de tendance à disparaître sans ce secours, ou bien qui, par leur siège, par leur intensité, par leur généralisation, sont de nature à compromettre la vitalité d'un organe important, l'exercice d'une fonction essentielle; accidents, d'ailleurs, dont la survenance, si elle a succédé à de premiers symptômes peu graves, s'explique, pour l'auteur, par une détérioration des conditions sanitaires du sujet, ayant eu lieu postérieurement au début de sa syphilis.

La méthode réglementée, que nous appelons aussi *doctrine Fournier*, vise le but suivant : détruire le virus syphilitique, autrement dit l'attaquer dans sa cause tout en en neutralisant aussi les effets, en partant de cette notion que le mercure, antidote de la syphilis, possède une égale efficacité, durant l'état actif et durant l'état latent, de son principe générateur. On sait que cette méthode consiste en traitements successifs et intermittents, échelonnés dans un ordre réglé, et continués pendant longtemps, de trois à quatre ans.

Après cet énoncé du code respectif qu'ont promulgué et qu'appliquent nos magistrats de la syphilis, ils m'excuseront sans doute tous deux de faire remarquer préjudiciellement que le succès dépend plutôt, sous l'une des juridictions, de la sagacité du médecin, sous l'autre, plutôt de la docilité du malade. Ce qui est loin de vouloir dire que, dans le pre-

mier cas, il peut être indifférent que l'obéissance soit facultative ; que, dans le dernier, la prescription doive être toujours la même, fatale en quelque sorte, et comme médicament et comme durée. Il y a souvent lieu — et c'est ce que dit et fait l'éminent professeur — il y a souvent lieu de modifier les règles du traitement suivant les modifications présentées par chaque cas.

Malgré la fixité apparente des règles, ajoutons que plus d'une fois, souvent même, il y aura nécessité de changer la prescription et par conséquent il y aura lieu de faire appel au discernement du praticien pour l'application des formules, autant qu'à la sagacité du chef d'école pour la direction générale de la cure.

C'est à dessein que j'ai dit *traitement continué pendant longtemps*, au lieu d'indiquer une date déterminée à l'avance, fixe et immuable pour tous les cas. On a précisément reproché à M. Fournier d'avoir varié à plusieurs reprises la formule de durée du traitement spécifique. L'accusation ne me paraît pas fondée ; non que je nie ces variations successives, M. Fournier, non seulement les a fait connaître sans réticence, mais il les a tout particulièrement soulignées. Eh quoi ! on reprocherait au syphiligraphe de Saint-Louis d'avoir, en présence de nouveaux et nombreux échecs, d'explosions soudaines de syphilis consécutives à des cures continues, alternantes de six mois, de deux ans, on lui reprocherait de recommander maintenant des traitements encore plus prolongés, de soumettre par exemple pendant trois à quatre ans les syphilitiques à une médication énergique, continue, avec temps réguliers de repos ! C'est comme si pour l'accouchement prématuré l'on reprochait au médecin d'avoir, instruit par l'expérience, graduellement substitué la méthode beaucoup plus longue, mais beaucoup plus sûre, des injections, à la plus simple, mais à la fois si offensive et si incertaine piqure des membranes.

Nous ne répugnons pas, quant à nous, à dire que, quelque long qu'il puisse paraître, ce laps de temps doit encore parfois être dépassé, et qu'il est absolument impossible de poser des limites absolument fixes à la durée du traitement. C'est affaire d'études et d'observations ultérieures. Peut-on dire à l'avance le nombre d'années pendant lesquelles on aura à prescrire l'arsenic chez un psoriasique, l'huile de morue chez un scrofuleux ? Eh bien ! il en est de même, selon moi pour la syphilis. Et jusqu'à preuve du contraire, je ne pense pas que le mercure et l'iode de potassium soient plus nuisibles à la santé que l'arsenic. Nous dirions même qu'ils le sont à un moindre degré, si tant est qu'ils le soient. Ils ne séjournent qu'un temps relativement court dans l'organisme et cette rapidité d'élimination pourrait peut-être expliquer en partie la nécessité de revenir souvent au traitement spécifique ; elle serait aussi la meilleure justification des cures prolongées et alternées.

Il est un autre point dont je tiens à dire quelques mots, c'est l'état latent de la syphilis, temps pendant lequel, nous dit-on, le traitement mercuriel serait absolument impuissant. Mais, en réalité, sait-on ce qui se passe pendant ces *sommeils* de la syphilis, et n'est-il pas téméraire d'affirmer que le virus doit résister à l'action du mercure administré durant cette période ? « C'est, dit-on, seulement au moment où la végétation se réveille, est active, que l'on est à même de combattre l'action dévastatrice du parasite de la vigne ; si la vie est éteinte, sommeille, les meilleurs parasitocides resteront impuissants. » Mais, répondrai-je, si pendant certaines périodes de l'année on reste désarmé en face de germes qui reposent sur des corps chez lesquels toute vitalité, toute circulation de sève cesse pendant le même laps de temps, en sera-t-il de même lorsqu'il s'agit d'organismes toujours vivants et chez lesquels circulation et échanges nutritifs s'accomplissent sans intermittence ni repos et pour lesquels l'arrêt ou le sommeil de ces fonctions serait la mort ? Si le virus est latent, il n'en existe pas moins dans un être dont l'activité physiologique toujours la même peut porter l'agent parasiticide — le mercure dans ce cas — dans tous les systèmes organiques. Et il me semble au moins hasardeux d'admettre que cet agent médicamenteux n'ait pas la même action curatrice durant les périodes de la vie latente de la syphilis, que pendant celles de la vie active, manifestée.

On pourra certainement m'objecter que, dans quelques cas, on a vu à la suite d'un traitement mercuriel prolongé survenir, au moment où on croyait le malade guéri, de nouvelles poussées syphilitiques. Cela est vrai, mais ce sont à coup sûr des exceptions ; elles ne sauraient infirmer la règle ; pas plus que les cas de réinfection, et ils sont aussi exceptionnels, ne contredisent cette loi générale qu'on ne prend la syphilis qu'une fois ; pas plus encore que ces poussées de psoriasis qui surgissent si inopinément à la fin d'un traitement arsenical de longue durée, qui, à lui seul, avait amené la disparition graduelle, lente, mais complète des placards psoriasiques. Et même pour cette dermatose, Hebra n'a-t-il pas dit et prouvé que l'arsenic est surtout efficace pendant les phases d'accalmie qu'elle comporte, et que, presque sans action durant la période de développement, de floraison, il éloigne les poussées si on le donne au contraire dans leurs intervalles ? Syphilis et psoriasis : ces deux affections présentent de nombreuses analogies qui autorisent bien, ce nous semble, les rapprochements que nous avons essayé d'établir.

Nous en avons dit assez pour bien faire comprendre quelles sont, dans leurs traits principaux, les deux doctrines qui représentent aujourd'hui le traitement de la syphilis. Ce n'est pas dans un article de journal qu'il est possible d'étudier à fond cette grave et importante question. C'est là une œuvre de longue haleine et qui exigerait des développements, des

recherches que seul un livre peut permettre. En attendant son apparition, peut-être prochaine, disons que si nous avons insisté sur ce rapprochement des deux doctrines, sur ce *parallèle*, c'est parce que nous nous refusons à croire qu'il soit formé « de deux lignes destinées à ne devoir jamais se rencontrer ».

En vue de ce rapprochement désirable et possible, examinons les concessions respectives que chaque méthode a déjà faites et que, selon nous, elle peut et doit consentir. Pour la méthode Fournier, de même que son application comporte, ainsi que je viens de le dire, de sages infractions à la fixité qu'on lui prête, de même, quant à ses résultats, ni son auteur ne la donne, ni je ne la tiens moi-même pour invariablement sûre. Ainsi que M. Fournier, j'admets que « cette méthode n'est pas infaillible, elle a ses cas rebelles, je ne le sais que trop. En dépit de tous ces efforts, en dépit de ce long et actif traitement, il n'est pas impossible que le malade soit exposé quelque jour, dans un avenir plus ou moins éloigné, à un accident nouveau, à une manifestation ultérieure de la diathèse ».

De son côté, pas plus que M. Fournier, M. Diday ne me désavouera sans doute si j'avance ici en son nom : 1° que l'espèce de régularité qu'affectent ordinairement dans leur succession les poussées de la syphilis imposera toujours, par le fait, en dépit de son opportunisme, une certaine régularité à la série de ses prescriptions médicatrices; 2° que quoiqu'il pense avoir fondé une méthode curative rationnelle — et il l'applique assurément de façon magistrale — il n'a pas non plus la prétention de guérir la syphilis, dans tous les cas, à terme fixe, ni même de l'empêcher de verser parfois dans le tertiarsisme.

En cet état et dans les dispositions réciproques, l'un vis-à-vis de l'autre, où nous connaissons nos deux éminents collègues, est-il téméraire d'espérer entre leurs doctrines un rapprochement qui n'a cessé d'exister entre leurs personnes? Ne peut-il, entre l'opportunisme et la réglementation, s'établir, sinon l'accord parfait, du moins quelque *modus prognosticandi et prescribendi*?

Déjà sans doute, pour ceux de ses malades qu'il a sous la main, qu'il peut suivre d'aussi près qu'il le souhaite, M. Fournier, sans sortir des grandes lignes de son plan, se départ, à leur avantage, des règles qu'il n'a posées que comme jalons, non comme barrière. — Déjà, d'autre part, l'expérience a dû apprendre à M. Diday qu'il est aussi prudent qu'inoffensif de prolonger, bien au delà de la durée de chaque poussée, le traitement qu'il réitère contre chaque poussée. Et ne le voyons-nous pas d'ailleurs, au risque de quelques reproches d'inconséquence, ordonner le mercure à un ex-syphilitique, même actuellement exempt de symptômes, qui est sur le point de se marier?

On le voit, il n'est, entre les deux camps, pas plus question d'exclusion que d'anathème. Et peut-être, après tout, est-il bon que parmi nous subsiste cette consciencieuse dissidence, le seul aliment d'une émulation féconde? Peut-être même n'est-il pas mauvais que les émules gardent, avec le nom, les attributions, la fonction d'adversaires? La science ne se fait qu'avec le raisonnement et l'observation. Et pour discuter le premier, pour contrôler la seconde, où chercher ailleurs que chez celui qui, à côté de la compétence, a intérêt à le faire? Qui trouver de mieux outillé pour cet office que l'adversaire? C'est ainsi que notre spécialité peut espérer de faire enfin son dernier pas si retardé; c'est dans ces conditions de travail qu'elle arrivera à guérir la maladie qu'elle-même a proclamée guérissable, qu'elle arrivera surtout à l'empêcher de dégénérer.

A. DOYON.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE.

- I. — DES FACTEURS DE GRAVITÉ DE LA SYPHILIS, par M. le prof. FOURNIER (Leçons cliniques faites à l'hôpital Saint-Louis, publiées par la *Semaine médicale*, n^{os} 22, 24, 26, 1886).
- II. — DU CHANCRE SYPHILITIQUE DES PAUPIÈRES ET DE LA CONJONCTIVE, par DAVID DEBECK (*Contributions from the Ophtalmic clinic medical College of Ohio*, 1886).
- III. — SYPHILOSE DES REINS, par CH. MAURIAC (*Archiv. gén. de méd.*, oct., nov., décemb. 1886).
- IV. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA BRONCHO-PNEUMONIE SYPHILITIQUE DU FŒTUS ET DU NOUVEAU-NÉ, par F. BALZER et A. GRANDHOMME (*Revue mensuelle du mal de l'enfance*, novembre 1886).
- V. — GOMMES ET SCLÉROSES SYPHILITQUES DES LÈVRES (LABIALITES TERTIAIRES), par le Dr TUFFIER, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris (*Revue de chirurgie*, 10 octobre 1886).

I. — Habituellement la vérole progresse régulièrement, presque mathématiquement dans l'organisme; les manifestations sont superficielles et bénignes, puis après un stade d'apaisement plus ou moins long, cinq, dix, vingt ans, peuvent survenir des désordres plus graves : les accidents tertiaires. — Dans la vérole maligne, plus de gradation dans les symptômes, plus de poussées se suivant après un intervalle prévu, plus de stades successifs, les périodes sont devenues subnitantes à moins que le sujet n'entre de plain-pied dans la période tertiaire. Ces syphilides malignes participent des caractères des syphilides exanthématiques du début : elles sont généralisées, leur apparition suit de très près le moment de la contagion, mais elles sont ulcéreuses et l'état général du malade est souvent profondément altéré.

Pourquoi ces différences, ces inégalités? Quelles sont les conditions qui président à cette benignité ou à cette malignité? C'est ce que M. le

professeur Fournier étudie dans ces quelques leçons cliniques dont nous allons donner une analyse.

Un dilemme s'impose, dit M. Fournier, au début de l'étude de cette question : ou bien la syphilis est issue d'un germe portant en lui le principe de cette gravité spéciale, ou bien elle a trouvé dans le terrain sur lequel elle s'est développée les conditions de cette gravité anormale.

La doctrine qui rattachait à l'influence de la graine virulente la gravité de la syphilis expliquait tout facilement : une syphilis était bénigne ou grave suivant qu'elle provenait d'une syphilis bénigne ou d'une syphilis grave. Il y avait donc plusieurs virus syphilitiques produisant chacun des effets en harmonie avec sa nature. L'existence de ces virus ne peut reposer que sur des hypothèses ; aussi c'est au nom de l'observation clinique que M. Fournier s'élève contre l'influence de la graine. La provenance d'une syphilis n'en fait pas la qualité ; il n'y a aucun rapport de forme, de gravité d'accidents entre la syphilis du contaminant et la syphilis du contaminé ; très souvent une syphilis très grave résulte d'une syphilis bénigne. En se prononçant ainsi nettement en faveur de l'invariabilité du virus, M. Fournier s'attache seulement à la question du terrain et montre, en citant de nombreux exemples, que la cause de la malignité de la vérole est inhérente à l'individu.

La généralité des pathologistes croit aujourd'hui que si une syphilis est grave, elle est grave en vertu de circonstances personnelles au malade. Chacun fait sa syphilis suivant sa santé habituelle, son tempérament, ses habitudes, sa prédisposition héréditaire ou acquise, son hygiène, son milieu, ses tares morbides, et aussi suivant la façon dont on la traite.

Indépendamment des causes générales, banales : appauvrissement de la constitution et mauvaises conditions d'hygiène, admises par tout le monde, M. Fournier étudie des facteurs spéciaux de gravité parmi lesquels il en est six dont l'existence lui paraît nettement déterminée. Ce sont : 1° certaines conditions d'âge ; 2° la scrofulo-tuberculose ; 3° l'alcoolisme ; 4° l'impaludisme ; 5° la prédisposition héréditaire ou acquise ; 6° l'absence ou l'insuffisance du traitement au début de la diathèse.

En tête de tous ces facteurs, se place l'alcoolisme. Outre qu'il imprime au chancre une tendance au phagédénisme, on peut dire, d'une façon générale, que l'alcool exagère la plupart des déterminations morbides qui se font à la peau et qu'il nuit à la vérole de quatre façons. Chez les alcooliques, la confluence des manifestations cutanées dans leurs formes usuelles est telle que souvent on peut porter le diagnostic d'alcoolisme

par le fait même de cette confluence. Chez eux on observe des syphilides tuberculeuses sèches ou ulcératives qui n'apparaissent qu'au bout de dix à vingt ans; donc gravité précoce des syphilides. La forme objective des syphilides peut être modifiée : on voit chez des alcooliques des types inédits, insolites de dermatose spécifique. Ainsi quelquefois dans la forme papuleuse, au lieu de simples papules, lenticulaires, nummulaires, on observe des placards très larges, très étendus, pouvant couvrir toute une partie du thorax, la moitié du dos, d'un rouge sombre et recouvertes de squames abondantes qui leur donnent un faux air de psoriasis. L'alcoolisme détermine en outre des syphilides à poussées multiples, presque subintrantes; il réalise aussi des syphilis dépressives, dénutritives, conduisant à la cachexie; enfin il a sa place parmi les causes adjuvantes de la syphilis cérébrale. Dans quelques cas sa cause est pour ainsi dire déterminante; c'est à son influence que sont dues des syphilis cérébrales précoces apparaissant dans la période secondaire, même dans la première année de l'infection. L'alcool est donc un facteur énergique de gravité pour la syphilis.

M. Fournier étudie ensuite la question de l'âge. D'une façon générale on peut dire que la syphilis est particulièrement grave aux deux extrêmes de la vie, c'est-à-dire dans le tout jeune âge et à un âge avancé; *a fortiori* dans la vieillesse.

Pour le tout jeune âge, la mortalité des enfants qui contractent la syphilis héréditairement, *in utero*, est aussi extraordinaire qu'effroyable. Voici la statistique de M. Fournier : sur 458 grossesses, 105 enfants vivants et 353 morts soit avant la naissance, soit peu de temps après, un seul survivant sur quatre.

La syphilis vaccinale et celle qui est contractée par l'allaitement amènent également la mort à brève échéance; aussi peut-on poser en axiome que toute syphilis contractée par l'enfant dans les premiers temps de la vie est une syphilis particulièrement grave et peut aboutir à des accidents des plus sérieux, voire même à la mort. La syphilis contractée dans un âge un peu plus avancé, par exemple après quelques mois et *a fortiori* après un ou deux ans, est en général une syphilis bien tolérée.

Au delà de cinquante ans, la syphilis est féconde en accidents sévères et parfois des plus sérieux. Quant à la vérole contractée dans la vieillesse, elle revêt fréquemment un cachet de gravité tout particulier qui se traduit ainsi : 1° tendance du chancre à s'élargir, à devenir ulcéreux, quelquefois phagédénique; 2° éruptions spécifiques profuses, confluentes, généralisées, prenant dans une période jeune encore de la maladie le caractère des éruptions tertiaires; 3° invasion précoce des gommès, des affections oculaires, des accidents nerveux et de syphilis cérébrale;

4^e réaction marquée sur l'état général : amaigrissement, perte de l'appétit et des forces, affaiblissement général allant parfois jusqu'à la prostration ; quelquefois même dépérissement complet, cachexie véritable et mort.

Un autre facteur de gravité de la syphilis, c'est la scrofulo-tuberculose. La scrofula aggrave souvent la vérole ; la réciproque est vraie. En mainte occasion la syphilis réagit sur la scrofulo-tuberculose de façon à en multiplier les manifestations ou à déterminer certaines localisations particulières.

Quelle est l'influence de la scrofula sur la syphilis ? Chez les scrofuloux les syphilides ont une tendance à revêtir d'emblée la forme dite humide, à se présenter sous forme d'ecthyma, d'impetigo, de rupia ; les adénopathies sont constituées par des ganglions conglomérés ; elles sont indolentes, mais chroniquement suppuratives, avec formation de fistules ; elles siègent dans les aines à la suite du chancre, au cou ou sous forme de chapelets cervicaux, se prolongeant quelquefois du maxillaire à la clavicule. Par leur volume exagéré, ces adénopathies rappellent quelquefois les bubons massifs de l'adénie et ont reçu le nom d'adénie syphilitique strumeuse. M. Fournier signale ensuite chez les strumeux la fréquence toute particulière de divers accidents tels que les lésions oculaires sous la forme de kératites, des lésions osseuses, articulaires (tumeurs blanches syphilitiques), des lésions du larynx des fosses nasales (carie, nécrose, ozène). L'état général du scrofuloux devenu syphilitique peut être sérieusement altéré ; il n'est pas rare de constater de l'amaigrissement, de l'anémie, quelquefois même une véritable détérioration de l'organisme qui met les sujets sur la pente de la cachexie et du marasme. De plus, chacun sait que l'association de la syphilis et de la scrofula réalise parfois des types morbides étranges, anormaux, sorte d'amalgame, de produit bâtard, de métissage syphilo-strumeux auxquels Ricord avait donné jadis l'épithète pittoresque de scrofulate de vérole. M. Verneuil leur donne le nom d'hybrides pathologiques.

Quant à l'influence de la syphilis sur la scrofulo-tuberculose, il est certain pour M. Fournier que la syphilis héréditaire ou acquise en bas âge est une cause de lupus, que la syphilis se développant sur des sujets prédisposés à la tuberculose peut précipiter ou développer les accidents de cette tuberculose ; elle agit alors par l'action débilitante, anémiant, dépressive qu'elle exerce sur l'organisme.

L'intoxication palustre, en amenant un trouble profond dans l'économie, imprime à la syphilis une gravité particulière. Cette influence nocive de l'impaludisme sur la syphilis se traduit dans deux circonstances différentes : on peut la constater soit dans les cas où l'intoxication palustre est antérieure à la syphilis, soit dans les cas où elle lui est postérieure.

Lorsque la syphilis frappe des paludéens, elle prend immédiatement une forme grave. Quand elle débute avant l'impaludisme, elle évolue d'abord à sa façon; mais il n'est pas rare, si l'impaludisme entre en scène, que, sous cette influence, la syphilis aiguillonnée par cette cause morbide incidente prenne un élan nouveau et se traduise par des accidents plus ou moins graves.

Mais de toutes les causes de gravité de la syphilis, la plus commune et la plus active à la fois, c'est la misère.

La syphilis du pauvre est le plus souvent féconde en accidents immédiats plus ou moins sévères, tels que syphilides confluentes ulcéreuses, alopécie intense, douleurs multiples, ophthalmies, et surtout en accidents d'ordre général: asthénie, anémie, amaigrissement, acheminement vers la cachexie. La syphilis est infiniment moins grave dans les classes aisées; pourtant M. Fournier fait une exception pour la vérole qui frappe ceux que l'on appelle les viveurs du grand monde, les inactifs, les désœuvrés, les inutiles. Ils sont épuisés, exténués par les veilles, les fatigues, l'agitation et la dissipation de la vie mondaine, et ce surmenage aboutit aux mêmes conséquences, à la misère physiologique. Aussi M. Fournier a-t-il rencontré fréquemment chez eux les syphilides malignes précoces et plus tard les accidents cérébraux.

Chez les joueurs, surtout, la syphilis cérébrale et médullaire est particulièrement commune: chez les gens de bourse, les financiers, les couliissiers, les vétérans du baccarat. Donc le surmenage nerveux constitue un facteur de gravité pour la syphilis en dirigeant les localisations sur le cerveau et la moelle.

Quant à l'étude des facteurs de gravité tirée des prédispositions héréditaires ou acquises, M. Fournier fait remarquer que dans un organisme diathésisé, c'est presque toujours l'organe surmené ou l'organe malade, faible, taré, qui devient le siège de manifestations diathésiques. La diathèse a toujours une tendance à se porter vers l'organe de résistance moindre, *ad locum minoris resistentiæ*.

En ce qui concerne la localisation sur le système nerveux, la syphilis cérébrale reconnaît certainement pour cause l'état de surexcitation habituelle du cerveau. De même il est indéniable que certaines affections syphilitiques du système nerveux trouvent leur raison d'être dans l'hérédité nerveuse. Il doit en être ainsi pour les autres systèmes: si l'on a une syphilis du foie, du larynx, du poulmon ou des artères, c'est selon toute probabilité que certaines prédispositions encore inconnues incitent la syphilis à se porter sur tel ou tel de ces organes.

L'absence ou l'insuffisance de traitement, comme cause de gravité de la syphilis, est facile à démontrer. On peut compter par milliers les observations relatives à des malades affectés de lésions graves du cerveau

et de la moelle, du foie, du poumon, qui ont été sauvés de la mort par le traitement spécifique. Voilà pour le traitement curatif. Quant au traitement préventif, M. Fournier fait remarquer que l'énorme majorité (dix-neuf fois sur vingt) des syphilis tertiaires graves sont relatives à des malades qui ne se sont pas traités ou qui n'ont subi qu'un traitement insuffisant. Ce n'est pas, en effet, avec un traitement de quelques semaines qu'on guérit la vérole de façon à en avoir fini avec elle à tout jamais. Il faut un traitement prolongé, méthodique, et bien peu de personnes s'y soumettent; de plus, beaucoup de véroles sont méconnues jusqu'au jour où un accident tertiaire amène le malade chez le médecin.

L. PERRIN.

II. — L'auteur a eu l'occasion d'observer un chancre de la conjonctive chez un jeune homme de 26 ans; il présentait des symptômes de conjonctivite catarrhale et de blépharite de l'œil droit; en renversant la paupière inférieure on voyait vers le tiers externe de la face interne une curieuse ulcération, qui commençait au bord libre et de là s'étendait sur le cartilage tarse; elle était régulièrement ovalaire, de 3 millimètres sur 5 d'étendue, à bords nettement tracés; à fond recouvert d'une sécrétion gris jaunâtre, à base indurée.

Le docteur Debeck a fait une étude de cette localisation si spéciale de l'accident primitif et il en a relevé de nombreux cas déjà publiés dans les auteurs. A la fin de son travail se trouve une table, fort bien faite, dans laquelle sont relevés et analysés 94 cas de chancre syphilitique des paupières, avec le nom de l'observateur, la date de l'observation, l'âge et le sexe des malades, le mode de contagion, le siège précis du chancre, les caractères de l'ulcération, l'état des ganglions voisins, les symptômes consécutifs, le traitement et ses résultats.

Voici comment se groupent ces 94 cas d'après les pays: France et sud de l'Europe, 55 cas; Allemagne et nord de l'Europe, 10 cas; Royaume-Uni, 17 cas; Amérique, 12 cas. Ce qui frappe dans ce tableau, c'est l'extrême fréquence du chancre des paupières en France.

Aux cas rapportés par l'auteur je pourrais ajouter un cas tout récent que je viens d'observer à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis pendant que j'avais l'honneur d'y remplacer M. le docteur E. Besnier. Un petit garçon de 2 ans environ nous fut envoyé par notre excellent collègue et ami M. le docteur Parinaud pour une ulcération persistante de l'angle interne de l'œil gauche. Cette ulcération, qui datait de plus d'un mois déjà, occupait toute la caroncule lacrymale; elle était peu profonde, à bords à peine marqués, à fond jaune rougeâtre; grâce à sa position elle avait la forme générale d'un fer à cheval; elle reposait sur une base nettement indurée, et était entourée d'une zone rouge, de plusieurs milli-

mètres de diamètre, paraissant inflammatoire au premier abord, mais que l'on reconnaissait au toucher pour être constituée par une induration profonde des plus accentuées. On trouvait un ganglion préauriculaire gauche des plus nets, et des ganglions sous-maxillaires. L'aspect de la lésion, sa longue durée, son évolution ultérieure — car elle se cicatrisa et disparut peu à peu sous l'influence d'une pommade à l'oxyde de zinc — ne permettaient pas le moindre doute sur sa nature, et d'ailleurs le diagnostic du docteur Parinaud avait été, comme le nôtre, celui du chancre syphilitique. Mais il nous a été absolument impossible de découvrir le mode de contagion. Le père, la mère, la petite sœur du malade étaient sains, et l'enfant n'avait jamais, nous a-t-on affirmé, quitté sa famille, ni subi de contacts suspects.

Voici ce que dit l'auteur américain à propos de l'étiologie du chancre palpébral. Les deux principaux agents d'infection sont pour lui les doigts sales et les accidents buccaux. Le virus peut être porté par les doigts du malade, doigts souillés au contact des parties génitales. Mais c'est surtout en embrassant les personnes sur les yeux que l'on peut arriver à leur inoculer la syphilis en ce point; l'auteur a relevé plusieurs cas des plus instructifs à cet égard. Ce sont les enfants qui y sont le plus exposés. A côté de ce groupe de faits doivent se ranger ceux dans lesquels l'inoculation a été la conséquence de certaines manœuvres aussi dangereuses que répugnantes, comme celle qui consiste à enlever avec la langue les corps étrangers de l'œil, ou celle qui consiste à frotter les yeux des enfants avec le doigt ou un morceau de mousseline imprégnés de salive, soit pour leur nettoyer les yeux, soit pour les guérir de blépharites ou de conjonctivites. L'auteur a également retrouvé des cas de chancre de l'œil par morsure, par succion d'une plaie. Debeck rapporte 6 cas de chancres oculaires survenus chez des médecins soit à la suite d'inoculation directe de salive, par sputation alors qu'ils cautérisaient la bouche ou la gorge de leurs malades, soit à la suite de frictions imprudentes exercées par eux sur leurs paupières après avoir touché à des accidents syphilitiques. On connaît également 2 cas de sages-femmes qui ont été contagionnées par le même mécanisme. Dans 3 cas analysés par l'auteur l'inoculation a pu se faire par l'intermédiaire de linges ou de draps souillés de virus syphilitique.

Au point de vue du siège précis de l'accident primitif, voici comment se décomposent les 94 cas : surface cutanée des paupières, 4; bord libre, face interne et cul-de-sac de la paupière inférieure, 35; angle interne de l'œil, 25; paupière supérieure et cul-de-sac supérieur, 23; conjonctive oculaire, 6.

Le chancre oculaire peut d'ailleurs présenter beaucoup d'aspects divers; on l'a vu parfois débiter par deux ou plusieurs érosions distinctes

qui se réunissaient ensuite. Les bords, d'ordinaire légèrement surélevés, peuvent être réguliers ou irréguliers, érodés; le fond est grisâtre, jaunâtre, rouge vif, ou diphthéroïde d'aspect; l'ulcération peut s'étendre, devenir inégale. L'induration est la règle, elle est plus ou moins marquée; parfois la paupière devient énorme. Il peut y avoir de l'épiphora par suite de l'envahissement des orifices des conduits lacrymaux, ou bien par suite du renversement de la paupière, conséquence de son extrême tuméfaction. 72 fois sur les 94 cas on a noté le gonflement des ganglions lymphatiques préauriculaires et sous-maxillaires du même côté.

L'auteur établit ensuite les caractères qui permettent de différencier le chancre syphilitique de l'œil du chancre mou, des syphilides tertiaires, de l'orgeolet, des tumeurs des paupières, des tumeurs lacrymales, de l'épithélioma, du lupus, de la tuberculose et des tubercules lépreux de la conjonctive.

Le pronostic de cette lésion est aussi favorable que possible si l'on ne considère que l'évolution du chancre lui-même; cependant on a vu parfois des cicatrices vicieuses en résulter, surtout si on l'irrite soit mécaniquement, soit par des topiques nuisibles. D'après les statistiques fournies par l'auteur, il ne semble pas que la localisation à l'œil de l'accident primitif rende plus fréquentes dans la suite les déterminations oculaires de la syphilis.

Comme topiques on a tout employé : l'auteur préconise surtout une pommade à l'oxyde jaune de mercure et à la vaseline. L. B.

III. — Rayet, le premier, a affirmé l'origine spécifique de certaines néphropathies qu'avant lui les auteurs anglais avaient rapportées à l'action du mercure. Ricord les signale ensuite. Plus tard, Frerichs ne vit dans la maladie de Bright des syphilitiques qu'une conséquence immédiate et éloignée de la syphilis. Mauriac cite encore Lancereaux, Cornil, Perroud, Drysdale, Descouts, Negel, etc., et donne ensuite une bibliographie fort importante que l'on complètera aisément par les mémoires de Horteloup, d'Hamonic, par les travaux de Fournier sur la syphilis héréditaire tardive et par les nôtres, ainsi que par une leçon clinique de Jaccoud.

Mauriac résume en quelques mots les connaissances cliniques acquises sur ce sujet : « L'albuminurie qui se développe dans le cours de la syphilis, à n'importe laquelle de ses périodes, ne diffère pas comme symptômes de celle qui se rattache à d'autres causes. Son pronostic, tout en étant très grave, l'est moins cependant que celui de l'albuminurie d'origine commune. On peut dire que l'époque à laquelle survient la néphropathie spécifique fait varier ses conséquences dans de larges limites. C'est ainsi que les albuminuries de la période secondaire sont d'un pronostic en général beaucoup moins sévère que

celles qui coexistent avec des lésions tertiaires de la rate et du foie. Mauriac ajoute avec raison que ces albuminuries, pour généralement guérir, ne doivent pas être considérées comme toujours et absolument curables ; son premier malade, dit-il, a succombé dans ces conditions. Pour notre part, après avoir vu guérir un nombre assez considérable d'albuminuries spécifiques de la période secondaire et même de la période tertiaire, nous avons récemment été témoin d'un fait d'une gravité exceptionnelle. Le malade que nous avons vu avec les docteurs P. Moizard et L. Lagrave était âgé de 30 ans, déjà athéromateux, légèrement alcoolique, syphilitique depuis quatre mois, quand il fut pris, en même temps que d'une poussée de syphilides pustuleuses, d'un œdème des bourses, si brusque, si intense, qu'il crut d'abord à une orchite : c'était le symptôme primordial d'une anasarque bientôt généralisée ; l'albuminurie (45 puis 81 grammes d'albumine par litre d'urine) tua le malade en moins d'un mois. Cette intéressante observation sera ultérieurement publiée avec détails quoique l'autopsie n'ait pu être faite.

L'anatomie pathologique montre que les principales lésions produites sur les reins par la syphilis ne présentent aucun caractère réellement spécifique, qu'il s'agisse de la néphrite interstitielle, qui est la plus fréquente, ou de la forme dans laquelle l'altération des cellules des tubes amoncelle dans la cavité centrale de ces tubuli des cylindres hyalins ou colloïdes, ou bien qu'il s'agisse de la néphrite amyloïde. Avec cette dernière variété, ainsi qu'il arrive pour le foie, coexistent parfois des gomme ou des lésions scléro-gommeuses du rein. D'ailleurs, si la gomme du rein est la seule lésion nettement spécifique du rein, elle est la plus rare, ainsi qu'on le voit pour tous les autres organes, et notamment pour la langue, où la sclérose spécifique apparaît dépouillée de toutes les autres causes pathogènes telles que l'alcoolisme ou la goutte par exemple, lesquelles peuvent agir sur le foie ou les reins en même temps que la vérole. Or, à la langue, la sclérose syphilitique n'est pas rare ; même chez la femme, elle est plus fréquente que la gomme.

À part le tissu gommeux, les lésions rénales de la syphilis ne diffèrent histologiquement en rien des néphrites interstitielles d'origine vulgaire. Il n'est donc pas étonnant, qu'une fois la maladie constituée, elle donne lieu à des symptômes identiques : œdème, albuminurie, pâleur, etc., et soit suivie des mêmes accidents et notamment de l'urémie dont Mauriac rapporte quelques exemples remarquables : vomissements, diarrhées, désordres cérébraux, encéphalopathie, coma, mort.

« Rien n'est plus délicat et plus difficile que de prouver d'une façon positive la nature syphilitique d'une néphropathie aux périodes ultimes de la diathèse. Parce qu'un individu a eu la syphilis, toutes les affections dont il est ou dont il sera atteint ne portent pas nécessairement l'em-

plainte de cette maladie et ne se rattachent pas à elle par les liens directs d'une pathogénie inéluctable, une infinité d'autres causes pouvant les produire sans que la syphilis intervienne. Or, la première chose à faire lorsqu'on soupçonne une lésion et surtout une viscéropathie d'avoir une teinte spécifique, c'est de rechercher s'il n'y aurait pas dans le passé du malade d'autres circonstances étiologiques capables de la produire. Si on n'en découvre aucune, malgré les investigations les plus minutieuses dirigées dans tous les sens, il faut bien alors non seulement faire entrer la syphilis en ligne de compte, mais lui attribuer, exclusivement et jusqu'à nouvel ordre, la première place dans l'étiologie. »

Ces réflexions sont d'un bon clinicien, ainsi que la remarque que les lésions rénales consécutives à une syphilis ancienne coexistent fréquemment avec des lésions spécifiques de la rate et du foie. « C'est une espèce de trilogie pathologique. »

La simultanéité de ces trois viscéropathies, l'antériorité de la syphilis, la concomitance d'autres manifestations spécifiques sur la peau, les muqueuses, les os, etc., enfin l'action remarquablement curative du traitement spécifique et en particulier de l'iodure de potassium, les guérisons dont l'auteur cite plusieurs observations, tels sont les éléments du diagnostic différentiel. Dans quelques cas, en effet, l'amélioration n'a commencé à se produire et la guérison n'a eu lieu que grâce à l'iodure de potassium : ce qui prouve bien que la maladie spécifique était bien la cause essentielle de la néphropathie.

De ces heureux résultats, Mauriac conclut avec raison qu'il est indiqué de prescrire le médicament chez tous les syphilitiques qui deviennent albuminuriques, alors même que les apparences, telles qu'un refroidissement, sont contraires à l'hypothèse d'une intervention de la syphilis dans la pathogénie de l'affection rénale.

Les lésions rénales peuvent succéder à une syphilis ancienne, très ancienne, qui fut jadis bénigne et de courte durée dans ses manifestations secondaires. D'autres fois, les déterminations de la syphilis sur le rein sont précoces, c'est-à-dire qu'elles suivent de près le début de l'infection spécifique. Ce qui ne doit pas d'ailleurs étonner, puisque, comme le fait justement remarquer Mauriac, toutes les parties de l'organisme, les plus profondes comme les plus superficielles, sont tributaires de la syphilis dès que l'intoxication générale s'est accomplie.

Toutefois, il y a lieu de distinguer, pour les albuminuries de la phase virulente de la vérole, entre celles qui dépendent d'une lésion rénale proprement dite et celles qui sont en rapport avec la dyscrasie, avec l'état infectieux du sang. Bouchard a montré en effet que l'albuminurie, fréquemment d'origine gastrique par exemple, peut exister et persister, même abondamment, sans lésion rénale.

De plusieurs des observations de Mauriac doit être rapproché le cas que nous signalions au début de cette analyse. Ces divers faits d'anasarque généralisée et soudaine, tous terminés par une mort rapide, démontrent qu'il existe dans les premiers temps de la vérole une albuminurie de la forme la plus redoutable.

Mais toutes sont loin de présenter un processus aussi précipité et aussi malheureux ; on peut même dire avec Labadie-Lagrave, Descouts, Barthélemy, Martinet, Coandon, Negel, Horteloup et Mauriac, que *la plupart guérissent*.

Pour ce qui concerne le début, il passe généralement inaperçu. « Si on avait analysé les urines, fait remarquer Mauriac, on les aurait trouvées sans doute albumineuses longtemps avant l'apparition de l'œdème partiel ou de tout autre phénomène se rattachant à la néphropathie. » Quant à la marche, Mauriac cite un cas apparu 55 jours après le chancre ; un autre 2 mois après ; un 3^e, 3 mois après. Sur 23 cas, 8 ont commencé 2 mois après l'accident primitif. « On observe parfois de longues intermittences dans l'œdème, malgré la persistance de l'albumine dans les urines. » Mauriac nous apprend qu'il a vu des malades réellement albuminuriques pendant des mois et des années, sans trouble de la santé générale, sans lésion cardiaque et sans aucun phénomène morbide propre à déceler la nature de leur affection. Cela se rencontre dans l'albuminurie vulgaire ainsi qu'il résulte des recherches de Strauss, de Dieulafoy, et doit faire penser parfois à la peptonurie dont il y a lieu maintenant de faire le diagnostic différentiel. En effet, Mauriac est frappé dans un cas des oscillations capricieuses subies par l'affection rénale, oscillations qui ne trouvaient leur raison d'être ni dans la médication, ni dans le régime, ni dans le processus général de la maladie constitutionnelle. Mauriac ajoute avec raison qu'il faut conclure que, derrière cette variabilité des phénomènes, il y avait probablement, là comme dans beaucoup de cas, un état permanent de lésions qui ne s'est atténué que seulement très à la longue. Mauriac termine une observation en disant : « Le patient en souffrit pendant plus d'un an et faillit mourir de dyspnée. Il finit par guérir de son anasarque, tout en ayant pendant quatre années et demie de l'albumine dans les urines ; il vit encore et se porte même très bien. » Mais en clinicien expérimenté Mauriac, à dessein, signale toujours le même desideratum. « Sans les antécédents, sans les manifestations syphilitiques coexistantes, sans l'apparition de l'albuminurie très peu de temps après le début de cette vérole, il eût été impossible d'assigner au mal sa véritable cause. »

Mauriac se loue en général de l'emploi, dans ces cas, du traitement spécifique et surtout de l'iodure à haute dose ; car il insiste sur ce fait très réel, que chez les albuminuriques le mercure n'est pas toujours bien

toléré et que son emploi est rapidement suivi de salivation. Cela encore appartient à la néphrite en général, ainsi qu'on peut s'en assurer en purgeant, avec du calomel, les sujets atteints de néphrite interstitielle vulgaire. Cela résulte probablement, comme le dit Mauriac, de la diminution de la surface éliminatrice de l'émonctoire rénal. *Pour n'être pas constant* (1), ce phénomène n'est pourtant pas sans valeur: il peut servir, de l'avis de Mauriac, à mesurer la profondeur ou l'étendue de la lésion matérielle du rein.

S'il subsiste quelque doute sur l'étiologie de ces néphrites, il suffira de lire les observations rapportées par Mauriac qui en a réuni 24, provenant soit de sa pratique, soit de celle de divers auteurs et notamment Drysdale qui est d'avis que les reins sont, après le cerveau et le foie, les viscères les plus fréquemment attaqués par une inflammation ou par un néoplasme de nature syphilitique. Mauriac les croit moins fréquentes que les encéphalopathies et que les affections osseuses précoces, mais plus communes que les déterminations précoces sur le foie et sur le poumon. Quant à l'opinion des antimercurialistes et notamment de Güntz, Mauriac la réfute avec autant de discernement que de succès, en constatant ce simple fait que beaucoup de néphropathies sont précoces, se montrent non seulement avant la saturation hydrargyrique, mais le plus souvent avant même tout usage de mercure. Les néphropathies précoces sont essentiellement parenchymateuses, tandis que les tardives sont interstitielles; les formes mixtes se rencontrent aussi. Mais au début de la syphilis, c'est le gros rein blanc qu'on trouve en pareil cas. Et cela tient à ce qu'en pareil cas, la syphilis s'en prend d'abord aux cellules, non par le fait d'une détermination précise de la vérole, mais par l'influence d'une élimination viciée et compromise par les altérations du sang. C'est l'émonctoire qui souffre plutôt que la substance fondamentale. Au sein du glomérule se produisent d'abord des modifications de fonctionnement, puis la détérioration de l'appareil cellulaire. *La cause morbide, qui est probablement un microbe*, atteint directement l'élément noble de l'organe, l'épithélium sécréteur: de là, hypertrophie du rein blanc plutôt qu'atrophie, tuméfaction trouble et dégénérescence granulo-graisseuse plutôt que sclérose.

L'examen microscopique a fait constater des globules de sang en nombre variable, quelques cristaux, des cellules épithéliales et un grand nombre de cylindres granuleux. Dans un seul cas Negel a trouvé des microbes mobiles, semblables à ceux que l'on rencontre dans la pneumonie ou dans la diphthérie.

Ainsi sont passées en revue, dans cette remarquable étude clinique, les néphropathies précoces de la période secondaire et les néphropathies tardives, celles de la période tertiaire. Mauriac conseille d'examiner pres-

que systématiquement, et de temps en temps, l'urine des syphilitiques.

Mauriac termine en tirant de sa longue expérience une conclusion à laquelle aucun médecin ne peut rester indifférent : « Les formes cachectiques compliquées de syphilose hépatique, splénique, intestinale, sont les plus graves. Mais, même dans celles-là, il ne faut pas désespérer. J'ai vu des syphiloses abdominales complexes guérir miraculeusement sous l'influence de l'iodure chez des malades condamnés comme cancéreux. »

On le voit, c'est donc une étude, non seulement approfondie et savante, mais essentiellement pratique, que vient de publier l'éminent médecin du Midi.

Dr BARTHÉLEMY.

IV. — Cette étude est basée sur dix observations, recueillies dans le service de M. Pozzi, à l'hôpital de Lourcine. Dans tous les cas, les auteurs ont trouvé des lésions pulmonaires plus ou moins marquées.

Ces lésions peuvent être groupées sous le titre de *broncho-pneumonies syphilitiques*, que la pathogénie aussi bien que l'anatomie pathologique imposent aujourd'hui.

Elles rentrent dans le groupe des broncho-pneumonies au même titre que les pneumonies secondaires, les autres maladies infectieuses aiguës ou chroniques. Suivant l'acuité ou l'ancienneté du processus, la syphilis réalise chez le fœtus les principales formes de broncho-pneumonie. Les lésions diffèrent d'aspect suivant le degré d'intensité et de chronicité et aussi suivant la localisation prédominante sur les bronches ou sur le parenchyme pulmonaire.

Les diverses observations peuvent être rangées sous quatre chefs :

1° *Broncho-pneumonies récentes ou peu intenses*. Cette classe comprend les faits avec congestion pulmonaire ou splénisation. Elle comprend aussi les cas dans lesquels les lésions ne sont pas apparentes à l'examen macroscopique.

2° *Broncho-pneumonies à noyaux disséminés ou agglomérés en bande verticale* (forme pseudo-lobaire) à la partie postérieure des poumons. Cette variété correspond pour les lésions à la forme subaiguë de la broncho-pneumonie des autres maladies infectieuses : elle se confond avec le type suivant.

3° *Broncho-pneumonies avec hépatisation blanche sans dilatation bronchique*, correspondant à la carnisation des autres broncho-pneumonies. Cette hépatisation pseudo-lobaire ou en noyaux disséminés peut aboutir à la dégénérescence fibro-caséuse ou gommeuse.

4° *Broncho-pneumonies avec dilatation des bronches*.

I. — *Broncho-pneumonies récentes ou peu intenses*. — 1° Faits sans lésions broncho-pneumoniques apparentes ; 2° faits avec congestion pulmonaire ; spléno-pneumonie.

Ces faits présentent une grande difficulté d'étude, à cause de l'incertitude dans laquelle nous nous trouvons encore au sujet de l'état normal des poumons du fœtus. Ils sont certainement très nombreux. Tantôt les poumons sont sains en apparence, et cependant le microscope y démontre l'existence de plusieurs lésions plus ou moins importantes. Tantôt ils présentent une congestion diffuse et même des ecchymoses, des hémorrhagies interstitielles; souvent les poumons ont une couleur violette, hortensia, signalée par Parrot. C'est là de la splénisation, ainsi que le démontre le microscope. Le terme de *spléno-pneumonie* employé par M. Joffroy convient parfaitement à cette catégorie de faits.

A l'examen microscopique, les bronches présentent une infiltration plus ou moins abondante de cellules embryonnaires dans l'épaisseur de leurs parois.

Cette infiltration *s'étend aussi aux parois alvéolaires les plus voisines*. Ailleurs les alvéoles sont normaux ainsi que la paroi des gros vaisseaux et le tissu conjonctif interlobulaire. Les épithéliums des bronchioles et des alvéoles offrent une desquamation assez abondante et on trouve des masses épithéliales assez considérables parfois. En même temps que cette desquamation épithéliale, on constate une congestion très vive dont témoignent de petites hémorrhagies intra-alvéolaires et intra-bronchiques. Ces infiltrations sanguines peuvent même être considérables; elles se retrouvent aussi dans les parois des vaisseaux et dans le tissu conjonctif de la périphérie du lobule. Ces hémorrhagies n'existent pas dans tous les cas.

A ces lésions il faut ajouter les modifications survenues dans les tuniques externe et interne des vaisseaux, dont les noyaux sont presque partout en prolifération manifeste, et en outre peut-être les altérations du sang. Les vaisseaux, en effet, renferment un grand nombre de globules blancs: cet état de *leucocytose* a paru constant. Le microscope dénote encore la présence de microcoques dans les parois vasculaires et bronchiques, dans l'intérieur des alvéoles; il ne faut, sans doute, pas leur attacher une trop grande importance, les autopsies étant faites vingt-quatre heures après la mort.

En résumé donc, bronchite, desquamation épithéliale dans les alvéoles comme dans les bronches, congestion plus ou moins intense, quelquefois hémorrhagie, telles sont les altérations que l'on observe.

Dans les cas où il n'y a pas de lésions apparentes des viscères, le microscope est nécessaire; sinon on serait exposé à méconnaître la syphilis. C'est ainsi que l'on pourra se rendre compte des véritables causes de certains avortements ou de la mort des fœtus.

II. — *Broncho-pneumonies subaiguës à noyaux disséminés ou agglomérés en bande verticale à la partie postérieure des poumons.* —

Les faits de ce genre se rapprochent davantage du type habituel de la broncho-pneumonie. Dans l'observation V, on remarque à la surface des poumons des régions rosées ou légèrement rouges, disposées en bandes verticales à la partie postérieure. L'induration est peu marquée, la coupe est lisse, la splénisation est évidente dans un certain nombre de groupes de lobules, et cela dans les deux poumons; atélectasie en un seul point sur le bord d'un lobe.

Le microscope démontre l'existence d'altérations récentes, à développement rapide, comparables à celles des broncho-pneumonies subaiguës des autres maladies infectieuses. Toutes les parties du lobule sont lésées. Cependant, malgré leur diffusion, les altérations présentent des localisations qui ne peuvent être comparées qu'à celles de la broncho-pneumonie. Le nodule péribronchique n'existe pas à vrai dire, mais les tuniques de la bronche et les alvéoles voisins sont envahis par de nombreuses cellules embryonnaires, leur épaisseur est doublée ou triplée. Ces lésions reproduisent des aspects qui rappellent la péribronchite des broncho-pneumonies de diverses provenances.

Plus loin, les alvéoles sont remplis de cellules épithéliales détachées de la paroi; ce sont des altérations de pneumonie desquamative.

De même que l'examen macroscopique, cet examen histologique conclut donc à la broncho-pneumonie. Il faut ajouter en outre l'épaississement des cloisons conjonctives périlobulaires et de la plèvre, ainsi que l'épaississement parfois considérable des parois alvéolaires et vasculaires, la congestion et la dilatation des vaisseaux.

Avec un grossissement fort, on voit que le revêtement épithélial des bronches est intact; l'infiltration embryonnaire est considérable et masque les autres éléments de la paroi bronchique: les parois alvéolaires sont elles-mêmes envahies en beaucoup de points par les cellules embryonnaires qui semblent également étouffer les éléments normaux, surtout au voisinage des bronches, de la plèvre. L'épithélium pulmonaire reste intact en plusieurs points de la paroi alvéolaire, le processus est en effet *surtout interstitiel*. Dans les alvéoles, on trouve quelques cellules épithéliales desquamées, granuleuses le plus souvent, quelques-unes ont un aspect colloïde. On a noté également, dans quelques alvéoles, des exsudats fibrineux. La paroi des vaisseaux est envahie par les éléments embryonnaires, surtout au niveau de la tunique adventice; les noyaux de la tunique interne sont plus nombreux, plus saillants en quelques points. Les espaces lymphatiques sont dilatés, remplis de cellules granuleuses et même d'exsudats fibrino-leucocytiques.

Ces lésions diffèrent peu, en somme, de celles que l'on a constatées dans la broncho-pneumonie subaiguë consécutive à la rougeole, la fièvre typhoïde, etc.

« Ce qu'il y a de particulier à la syphilis, c'est l'abondance moindre des exsudats et de la desquamation épithéliale, c'est la prédominance des lésions interstitielles, la tendance à une organisation plus rapide et à la sclérose, enfin l'intensité plus grande des lésions du système vasculaire. »

III. — *Broncho-pneumonies avec hépatisation blanche sans dilatation des bronches.* — Pour les broncho-pneumonies de date plus ancienne, les variétés les plus communes ont fait défaut aux recherches.

Dans ces cas, la lésion qui paraît devoir correspondre à la carnisation des broncho-pneumonies non syphilitiques est l'*hépatisation blanche de Virchow*. Tantôt semée dans les poumons sous forme de noyaux disséminés, tantôt pseudo-lobaire, tantôt enfin occupant la partie postérieure du poumon sous forme de bande, cette lésion présente une coloration grise, rose ou mieux rose-saumon, suivant l'expression de Parrot. Ce dernier caractère, joint à l'intégrité relative des ganglions bronchiques, est pour ce même auteur un des meilleurs signes différentiels entre les pneumonies lobulaires de diverses natures et celles de la syphilis.

La lésion peut aller plus loin que la carnisation et aboutir à la formation de noyaux fibro-caséux ou caséux, véritables gommages qui en arrivent au ramollissement et à la fonte puriforme avec cavernes (Parrot). Ce sont ces lésions dégénératives si importantes qui justifient la distinction établie entre cette forme et la précédente, laquelle n'en est pourtant qu'un degré moins avancé.

IV. — *Broncho-pneumonies avec dilatation des bronches.* — Dans les faits de ce genre, la lésion se localise plus spécialement sur les bronches. Ces faits sont rares ou tout au moins rarement signalés. L'observation VI du mémoire en est un exemple intéressant. La lésion portait sur le lobe supérieur du poumon gauche qui offrait 5 ou 6 fois son volume normal et formait une espèce de poche ressemblant à un rein kystique. Sur une coupe, on constate des cavités ampullaires de volume variable : elles sont remplies de liquide un peu trouble, et ne communiquent pas toutes entre elles. Il reste des portions de poumon saines vers le sommet du lobe et au voisinage du médiastin. Au microscope, on trouve dans le liquide des cavités, des épithéliums cylindriques à cils vibratiles, des cellules d'épithélium pulmonaire, quelques leucocytes et des détritits granuleux. Les lésions observées sont celles de la broncho-pneumonie chronique avec dilatation des bronches et sclérose progressive du parenchyme pulmonaire.

Les bronches à cartilage sont peu atteintes : elles sont peu dilatées, peu déformées. Les vaisseaux qui les accompagnent sont dilatés, leur tunique adventice est épaissie. Le tissu conjonctif est très développé.

Les lésions portent sur les bronches intra-lobulaires et sur le paren-

chyme pulmonaire. La bronche intra-lobulaire ne se reconnaît pas toujours; il existe de vastes espaces vides dont la périphérie est constituée par des alvéoles tassés; çà et là il existe quelques vestiges de la paroi bronchique; ailleurs il ne reste pas de traces de la paroi, le vaisseau satellite seul indique la place de la bronche. Dans quelques points, la bronche est seulement dilatée, déformée.

Le travail d'ulcération, s'il existe, n'est pas ici très net, ainsi que le prouve la grande quantité d'épithéliums à cils vibratiles, trouvés dans le liquide des kystes. Le processus est surtout interstitiel et porte sur la trame conjonctivo-vasculaire, ce qui paraît être la règle pour les broncho-pneumonies syphilitiques.

Les phases de début de cette dilatation peuvent être étudiées dans les portions saines, en apparence, du poumon droit. Les bronches principales sont peu altérées. Les bronches intra-lobulaires présentent, au contraire, un contour anfractueux. Quelques-unes prennent déjà une disposition ampulliforme. Cette dilatation porte même sur les bronches acineuses les plus fines. Les parois des alvéoles sont peu épaissies, leur épithélium est à peu près normal. Dans quelques points, cependant, la paroi alvéolaire est sclérosée.

Les vaisseaux offrent des lésions intéressantes. La tunique adventice des artères est très épaissie, l'endartère est peu altérée dans les grands vaisseaux, tandis que plusieurs petites artères sont oblitérées par l'endartérite. « Les lésions des artères contrastent avec l'état des veines ». Celles-ci sont dilatées, remplies de sang, leur paroi est très épaisse. Il y a des hémorragies interstitielles en plusieurs points. Enfin la sclérose prend un développement considérable dans tous les espaces conjonctifs périlobulaires et périlobulaires, autour des artères et des veines.

En résumé, il s'agit d'une broncho-pneumonie chronique avec sclérose et dilatation des bronches. Peu accusées sur les bronches à cartilages, les altérations prédominent dans les bronches lobulaires et intralobulaires; la sclérose prend un grand développement surtout dans les espaces conjonctifs périlobulaires et périlobulaires. Ainsi qu'il en arrive d'ordinaire dans la broncho-pneumonie chronique, les lésions prédominent dans un lobe où elles ont acquis des proportions considérables.

Une observation à peu près identique a été rapportée par Grawitz, mais les lésions étaient indépendantes de la syphilis. Celle-ci, du reste, provoque souvent la dilatation bronchique chez l'adulte, ainsi que le montrent les travaux de Lancereaux, Homolle, Jullien, Hiller, Sée et Talamon, Sokolowsky, etc.

Lésions de la syphilis pulmonaire aux différents âges. — Dans un dernier chapitre les auteurs établissent un rapide parallèle entre la

syphilis pulmonaire du fœtus et la syphilis pulmonaire aux différents âges. Chez le fœtus, l'évolution périodique est bouleversée; les lésions viscérales évoluent parallèlement aux lésions cutanées, les précèdent même quelquefois. C'est une infection générale atteignant tous les tissus, mais parfois *sans déterminer de lésions apparentes*.

La broncho-pneumonie qu'elle produit se rapproche de celle des maladies infectieuses.

Chez le fœtus, l'infection syphilitique seule détermine les lésions; chez le nouveau-né, qui a vécu quelques jours peut-être, les microbes introduits par la respiration et la déglutition peuvent modifier profondément ces lésions.

« On peut dire, sauf de rares exceptions, que la syphilis pulmonaire de l'adulte est, à la syphilis pulmonaire du fœtus et du nouveau-né, ce qu'est la syphilis elle-même, envisagée d'une manière générale à ces deux âges. Chez le fœtus, elle se comporte comme une maladie infectieuse à évolution aiguë ou subaiguë; elle provoque des inflammations diffuses de tous les organes. Chez l'adulte, tout en conservant les mêmes caractères généraux, la syphilis ne se comporte plus que très rarement comme une maladie infectieuse à déterminations rapides et profondes. » C'est plutôt à la période dite tertiaire que la syphilis menace le poumon; elle se comporte alors comme une maladie infectieuse à déterminations chroniques, à foyers inflammatoires isolés. Ici encore, cependant, pour ce qui a trait aux lésions pulmonaires, on retrouve nettement le processus broncho-pneumonique.

G. Homolle admet même chez l'adulte à peu près les mêmes variétés que chez l'enfant; il reconnaît une forme de *broncho-pneumonie desquamative très analogue à la pneumonie blanche des nouveau-nés syphilitiques*. Cette variété, jointe à l'*altération identique à l'induration brune* dont il parle, semble correspondre à la carnisation des broncho-pneumonies non syphilitiques.

Il admet aussi une *broncho-pneumonie scléreuse sans nodules caséeux ou gommeux*, c'est la broncho-pneumonie avec prédominance des lésions bronchiques et dans laquelle on observe des sténoses et plus souvent des ectasies des bronches.

Enfin il admet une *broncho-pneumonie scléro-gommeuse*, la variété la plus commune peut-être de la syphilis pulmonaire, mais il est rare qu'elle affecte l'ensemble de l'appareil broncho-pulmonaire.

Il semble donc qu'on peut dire, sans forcer les analogies, que la syphilis pulmonaire est à peu près identique aux différents âges. Elle réalise avec des modifications qui lui sont propres le processus des inflammations broncho-pneumoniques, commun à toutes les maladies infectieuses aiguës ou chroniques.

VI. — Si les cas de cancéroïdes des lèvres sont fréquents et ont déjà été publiés en grand nombre, on ne trouve, dans la littérature médicale française et étrangère, que peu d'observations de syphilomes tertiaires de cette région.

Pourtant c'est une lésion moins exceptionnelle que les recherches bibliographiques pourraient le faire croire ; il n'est guère d'année où l'on ne puisse observer, dans chacun des services de l'hôpital Saint-Louis, quelques malades qui en soient atteints.

Aussi les médecins de cet hôpital ont-ils pu mettre à la disposition de M. Tuffier de nombreux cas inédits de gommès et de scléroses syphilitiques des lèvres.

L'auteur en a réuni quarante observations concluantes.

Jusqu'à présent, aucune étude d'ensemble n'avait été entreprise sur les labialités tertiaires. Bouisson essaya le premier, à propos d'un cas de syphilis tertiaire des lèvres, de donner une description de ces tumeurs ; plus tard, dans l'article « Lèvres » du *Dictionnaire encyclopédique*, il en publia deux autres exemples. Depuis cette époque, M. Tuffier n'a eu à relever que trois observations mentionnées avec plus ou moins de détails ; elles sont dues à Nunn, à Taylor (1878) et à Berg (1881) ; il n'a trouvé que deux thèses se rapportant à son sujet : celle de Gontard (1878) sur le léontiasis syphilitique, et surtout celle de Meunier (1882) faite sous l'inspiration de M. Vidal, sur le syphilome en nappe de la cavité bucco-pharyngée.

Après avoir montré combien sont peu nombreux les documents qu'il a consultés, M. Tuffier divise son travail de la manière suivante. Il étudie d'abord le syphilome circonscrit, la gomme proprement dite, telle qu'on l'entend en clinique. Ses caractères étant ceux qu'elle a partout ailleurs, l'auteur la décrit rapidement.

Il en est tout autrement de la sclérose syphilitique qu'il étudie ensuite. D'après lui, pour les lèvres, la sclérose n'est jamais primitive ; elle est toujours précédée d'une infiltration gommeuse, d'un syphilome en nappe, dont elle n'est que le processus ultime.

Dans la première période, il y a hypertrophie de la lèvre ; dans la seconde, atrophie. Les lésions dans la première sont constituées par le syphilome en nappe ; dans la seconde, il s'agit de la sclérose proprement dite. Ces deux stades ne se produisent pas toujours fatalement. Traitée, l'affection peut guérir à la première période ; abandonnée à elle-même, elle aboutit à la dégénérescence fibreuse.

La gomme diffuse et la gomme circonscrite constituent donc deux variétés pathologiques bien distinctes, bien différentes. Leur siège, leurs caractères anatomiques et cliniques, leur marche, leur pronostic permet-

tent de les opposer l'une à l'autre. C'est ce que fait M. Tuffier dans la description intéressante que nous allons résumer.

La localisation des lésions varie suivant la forme qu'affecte le processus spécifique : le syphilome gommeux est beaucoup plus fréquent à la lèvre supérieure ; le syphilome en nappe siège, au contraire, plus souvent à la lèvre inférieure. D'après le relevé des observations, l'auteur a trouvé que les trois quarts des gommès circonscrites occupent la lèvre supérieure, les trois quarts des gommès diffuses, l'inférieure.

Dans les autres cas, les lésions siègent aux commissures labiales ou bien ont envahi simultanément les deux lèvres.

Cette inégalité de fréquence peut s'expliquer par la prédilection marquée des gommès de la face pour l'orifice des narines ; or, la lèvre supérieure fait directement suite à la sous-cloison des fosses nasales.

D'une manière générale, les labialites tertiaires sont plus fréquentes chez l'homme, sans que l'on puisse pourtant invoquer l'irritation produite par l'usage ou l'abus du tabac. Il n'en est pas de même des traumatismes. Dans deux cas rapportés par M. Tuffier, cette influence paraît manifeste. Quant à l'époque d'apparition des syphilomes des lèvres, ils se manifestent de dix à quinze ans, après l'accident primitif. Un fait digne de remarque, c'est l'apparition précoce de ces accidents dans les cas de syphilis non traitée ; presque tous les cas où l'affection a débuté avant la septième année appartenaient à des véroles ignorées ou négligées.

L'histoire anatomique des gommès est bien connue ; il en est tout autrement de celle du syphilome en nappe. M. Tuffier, n'ayant pu se procurer de lèvres syphilitiques, étudie les caractères et l'évolution de deux syphilomes de la langue : l'analogie de structure entre les lèvres et la langue lui permettent de conclure des lésions de l'une aux lésions de l'autre. Cette étude a déjà été bien faite dans la thèse du Dr Meunier, où se trouve un examen histologique complet, dû au Dr Brocq. Ces lésions débent simultanément sur la muqueuse et dans le parenchyme lingual ; de là, elles envahissent peu à peu les parties voisines. Il se produit une prolifération de cellules embryonnaires dans le tissu sous-muqueux et dans les parties profondes intermusculaires de la langue.

Cette prolifération se fait sous forme de nodules irréguliers et elle aboutit à l'organisation fibreuse. La tendance du processus à la sclérose est le fait dominant de cette étude ; il y a deux stades dans l'évolution des lésions ; l'un de prolifération embryonnaire, l'autre de rétraction fibreuse. Ces deux stades anatomiques correspondent aux deux stades cliniques : l'hypertrophie de l'organe au début, l'atrophie, et la rétraction de la période ultime. Avant de faire la description clinique de ce syphilome en nappe, M. Tuffier rappelle les caractères bien connus de la gomme circonscrite.

La gomme circonscrite siège le plus souvent à la lèvre supérieure dont elle occupe la partie profonde.

Au lieu d'une gomme unique, il n'est pas rare de trouver dans l'épaisseur de la lèvre deux ou trois noyaux distincts les uns des autres ; mais M. Tuffier n'a pas observé de cas où les gommages sont tellement confluentes que l'organe en est tout bosselé.

Un point important sur lequel l'auteur attire l'attention, c'est qu'après la cicatrisation d'une ou plusieurs gommages, une nouvelle poussée gommeuse se fait au même point. Les récidives sont donc fréquentes : la lecture des observations en donne la preuve.

Le syphilome en nappe se localise le plus souvent à la lèvre inférieure ; il siège généralement sur la ligne médiane, au voisinage du bord libre de la muqueuse ; aussi au lieu d'avoir, comme dans la gomme circonscrite, une asymétrie de la lèvre, on a une difformité symétrique souvent totale avec hypertrophie considérable. La lèvre volumineuse, déjetée en dehors, ressemble à une lèvre strumeuse ; chez un malade de M. le professeur Fournier, elle simulait une véritable trompe. C'est une infiltration diffuse, régulière, sans nodosités ni bosselures, donnant la sensation d'un empatement un peu élastique, bien différent de la dureté de l'épithélioma. Cette induration uniforme ne présente pas de période de ramollissement ni d'ulcérations profondes.

On voit seulement survenir au bout d'un certain temps des syphilides superficielles ne comprenant que le derme ; syphilides pustulo-crustacées ou tuberculeuses, arrondies ou irrégulières, quelquefois serpiginieuses. Abandonnée à elle-même, cette lèvre hypertrophiée s'atrophie et passe à la deuxième période, à la sclérose.

Peu à peu, l'hypertrophie uniforme est remplacée par une surface irrégulièrement bosselée, couverte de sillons entre-croisés plus ou moins profonds au niveau desquels la muqueuse est fendillée, ulcérée par des fissures irrégulières. C'est le mamelonnement, la lobulation de la lèvre qui aboutit à une induration fibreuse, à la rétraction et à l'atrophie de l'organe. La lèvre est réduite à l'état de voile rigide et inextensible, elle ne remplit plus son rôle dans la phonation, la mastication ni la déglutition. Ce qui prouve que la sclérose succède au syphilome en nappe, c'est que sur les régions plus éloignées du bord libre, là où le processus est le moins avancé, on peut trouver encore l'élasticité du syphilome en nappe et suivre aussi les changements de consistance. On observe alors deux régions bien différentes d'aspect : l'une généralement éloignée du bord libre et dans laquelle il y a épaissement, gonflement uniforme et élastique de la lèvre, l'autre, plus rapprochée de ce bord, irrégulièrement fendillée, ulcérée, inégale et dure à la pression. Il faut des mois et des années pour qu'une lèvre soit sclérosée dans toute son étendue.

due; mais si le traitement spécifique n'est pas institué dès la première période, la sclérose finira fatalement par envahir toute la lèvre, et la réduira à l'état de moignon informe.

Après avoir nettement montré la différence absolue qui existe entre ces deux variétés de syphilomes tertiaires, M. Tuffier étudie les labialites scléro-gommeuses; elles sont rares: l'auteur n'a relevé que trois cas dans lesquels les lésions suppuratives de la gomme sont unies aux lésions scléreuses du syphilome en nappe.

Quelle que soit la forme du syphilome des lèvres, comme dans toutes les lésions tertiaires de la vérole, les ganglions correspondants aux régions envahies ne présentent pas d'engorgement. M. Tuffier publie un seul cas de labialite tertiaire avec adénopathie sous-maxillaire concomitante. Mais dans ce fait, pour l'auteur, la syphilis a frappé en même temps les lèvres et les ganglions; l'adénopathie sous-maxillaire était un syphilome ganglionnaire que le traitement spécifique a fait disparaître, avant même que la lésion de la lèvre ne fût cicatrisée. — Après avoir rapidement différencié le syphilome des lèvres d'avec les diverses tumeurs et ulcérations que l'on rencontre dans cette région: kystes sébacés, muqueux, fibromes syphilitiques, léontiasis et syphilides érodées secondaires, accompagnés quelquefois d'un gonflement de la lèvre. M. Tuffier fait remarquer que, dans certains cas d'ulcération dentaire et de lupus, le diagnostic est assez difficile pour que l'on ait recours au critérium thérapeutique.

Tout autre est la difficulté ou l'importance du diagnostic entre le syphilome ulcéré des lèvres et les cancroïdes; d'autant plus que l'épreuve thérapeutique ne doit pas être prolongée outre mesure, car on sait combien elle précipite l'évolution fatale du cancer. Dès le début, la sclérose tertiaire est une plaque large, étendue, sa surface est lisse, elle siège sur la partie médiane de la lèvre; ces caractères empêcheront de la confondre avec l'épithélioma débutant soit sous forme d'un papillome non ulcéré siégeant sur les parties latérales de la lèvre, soit sous forme d'une petite plaque indurée à surface rugueuse située dans l'épaisseur du bord libre de ces replis. Quand l'épithélioma débute sous forme de fissure, on le différencie facilement du syphilome en nappe avec ulcération superficielle: la lèvre est alors hypertrophiée le plus souvent dans toute sa hauteur, l'induration est diffuse, il y a disproportion considérable entre l'ulcération et l'induration. Dans le cancroïde, au contraire, les deux processus marchent de pair; celui-ci est une tumeur qui s'excorie à sa surface, puis l'ulcération s'agrandit peu à peu. Une fois l'ulcération constituée, M. Tuffier rappelle que celle du cancroïde siège presque constamment à la lèvre inférieure (si elle envahit les deux lèvres, c'est par continuité de tissus); c'est une tumeur ulcérée, s'accompa-

gnant d'adénopathie sous-maxillaire. L'ulcération syphilitique succède à l'ouverture de la gomme ; une fois constituée, elle est généralement multiple, ou, si elle est unique, elle est due à la réunion de plusieurs, d'où son aspect polycyclique. Cette multiplicité des gommès explique tout le parti que l'on peut tirer des lésions concomitantes, siégeant soit sur le corps, soit du côté de la langue. M. Vidal a attiré l'attention de M. Tuffier sur la fréquence de la coïncidence de la glossite et de la labialite tertiaires.

De la marche et de la durée des gommès et des scléroses de la lèvre on peut déduire le pronostic différent de ces lésions. Les gommès circonscrites, malgré leur apparence de gravité, tendent à la cicatrisation ; le traitement agit merveilleusement. Le syphilome en nappe, attaqué à sa première période, peut disparaître complètement, sauf un peu d'induration de la lèvre ; mais une fois la sclérose établie, une fois la lèvre mamelonnée, le processus a changé de nature. Le traitement pourra amener la cicatrisation des sillons ulcérés, mais l'induration profonde, la déformation, l'atrophie persisteront. Le processus n'a plus de syphilitique que le nom ; tout ce qu'on peut espérer, c'est que le traitement arrête le processus envahissant. Dans l'étude du pronostic on doit encore tenir compte de la fréquence des récidives.

Le traitement général est celui de la syphilis tertiaire ; l'iodure de potassium sera donné à doses suffisantes ; si les lésions résistent davantage, on donnera en même temps du mercure. — Quant au traitement local, M. Fournier fait faire des lavages très fréquents de la bouche avec l'eau de guimauve ; M. Laillier prescrit un gargarisme contenant de l'iodure de potassium et de l'iode.

L. PERRIN.

BIBLIOGRAPHIE.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES DES MALADIES DE LA PEAU, par H. AUSPITZ. — Traduction par A. DOYON. (1 vol. in-8°, 1887, chez G. Masson.)

Le savant traducteur de Hebra et de Kaposi vient encore de donner au public médical français la traduction du *Traité de Pathologie et de Thérapentique générales des maladies de la peau*, écrit par Auspitz, pour le manuel de Ziemssen. C'est avec une vive satisfaction que nous annonçons aux lecteurs des *Annales* la publication de cet ouvrage qui sera certainement accueilli avec reconnaissance par tous ceux qui n'ont pu le lire dans l'original. Quoi qu'on en ait dit, les médecins qui entreprendront la tâche si pénible et si ingrate de traduire les ouvrages étrangers seront toujours sûrs de conquérir et l'estime et la gratitude de ceux de leurs confrères qui ignorent les langues vivantes.

Le traité de Auspitz méritait d'ailleurs, aussi bien que ceux sur lesquels s'est déjà exercé le talent de traducteur de M. Doyon, d'être connu de tous en France. La haute autorité du dermatologiste viennois, le succès dont cet ouvrage a joui en Allemagne dès sa publication, en rendaient la connaissance indispensable aux dermatologistes français et à tous ceux qui, dans notre pays, s'intéressent aux problèmes de la pathologie générale. S'il ne s'agit plus, comme avec les traités de Hebra et de Kaposi, d'un ouvrage dans lequel le débutant ait à puiser des notions de dermatologie pratique, il n'en reste pas moins que le livre de Auspitz s'adresse à tous les médecins qui veulent se rendre compte des difficiles questions d'anatomie générale et de pathogénie des dermatoses.

Ils y trouveront un long chapitre renfermant des vues élevées sur la nosologie générale des maladies de la peau, une importante étude de séméiologie générale de la peau, dans laquelle l'auteur décrit sous le nom d'anthèmes ce que nous appelons les lésions élémentaires, et sous le nom de synanthèmes les groupes qui représentent l'état intermédiaire entre les anthèmes et les exanthèmes. Dans le chapitre qui traite des rapports des maladies de la peau avec l'ensemble de l'organisme, Auspitz, il est à peine besoin de le dire, met à mal la doctrine française des diathèses. L'auteur expose ensuite sa classification des maladies de la peau, classification qu'ont adoptée la grande généralité des dermatologistes allemands, et que les lecteurs des *Annales* connaissent déjà par la traduction que M. Doyon leur en a donnée en 1881, mais que le public médical français ignore presque complètement.

N'ayant pas à analyser ici l'œuvre elle-même de Auspitz, nous n'entrerons pas dans de plus grands détails sur cette œuvre qui d'ailleurs comporterait non une simple analyse, mais une longue étude critique. Nous sommes persuadé, d'ailleurs, que grâce à la remarquable traduction de M. Doyon, cet ouvrage sera véritablement connu en France, où pas un dermatologiste ne peut plus ignorer ce qu'est la doctrine de Auspitz.

GEORGES THIBIERGE.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, COMPRENANT LA PATHOGÉNIE ET LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, par H. HALLOPEAU. (2^e édition, chez J.-B. Baillière, 1887.)

Le succès si légitime qu'a obtenu cet ouvrage a nécessité, en moins de trois ans, la publication d'une nouvelle édition. Celle-ci est écrite sur le même plan que la première, et les titres des chapitres n'ont pour ainsi dire pas été modifiés. Par contre, le texte de ces chapitres a subi de nombreuses transformations et surtout de nombreuses additions, pour être mis au courant des recherches les plus récentes.

C'est surtout dans les chapitres consacrés aux agents infectieux que ces additions sont multiples. La liste des agents infectieux s'est, en effet, notablement accrue depuis trois ans, et M. Hallopeau expose, sans longueurs et sans parti pris, les recherches nouvelles dont il soumet les résultats à une critique judicieuse et véritablement scientifique, se gardant à la fois de l'engouement si facile pour ces données nouvelles, et de l'incrédulité systématique.

Signalons, parmi les maladies qui intéressent spécialement le dermatologiste, et dont on a cru trouver récemment le microbe pathogène, le lichen ruber et l'érythème polymorphe : les bacilles décrits dans le premier par Lassar n'ont pas encore fait leurs preuves, car ils n'ont été ni cultivés ni inoculés; l'érythème polymorphe, malgré les recherches de Cordua, n'est probablement pas une affection causée par un microbe; ses récides annuelles ne sont guère en faveur de l'idée d'une maladie infectieuse. Les recherches les plus récentes sur les microbes de la lèpre, du mycosis fongoïde, du rhinosclérome, sur le microbe trouvé dans quelques lésions syphilitiques, sont exposées dans tous leurs détails.

Ainsi remis au courant, le *Traité de pathologie générale* de M. Hallopeau continuera d'être, ce qu'il a toujours été depuis son apparition, un livre classique par excellence et un guide nécessaire à tous pour l'étude des questions afférentes à la physiologie pathologique.

GEORGES THIBIERGE.

Le Gérant : G. MASSON.

TRAVAUX ORIGINAUX.]

MÉMOIRES.

I

ÉTUDE CLINIQUE SUR LE PURPURA

PURPURA EXANTHÉMATIQUE, PSEUDO-EXANTHÉMATIQUE, — RHUMATISMAL, —
D'ORIGINE NERVEUSE, — PRÉMONITOIRE DES AFFECTIONS ORGANIQUES, ETC. ; —
RAPPORTS DU PURPURA AVEC L'HÉMOPHILIE ; — ALBUMINURIE PURPURIQUE ;

par le Dr **Humbert MOLLIÈRE**, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

I.

Il y a déjà plusieurs années, réunissant un certain nombre d'observations recueillies pendant mon internat et mes fonctions de chef de clinique médicale, je cherchais à me faire une idée personnelle sur la nature du purpura hémorrhagica et de la maladie de Werlhof (1). Dans les traités classiques, la confusion était alors à son comble, et il était impossible de savoir ce que l'on devait comprendre sous cette dénomination, claire en apparence, quoique absolument vague en réalité. Pour les uns, la maladie nouvelle, décrite par le médecin de Hanovre en 1775 (2), englobait presque tous les cas dans lesquels, avec un état général plus ou moins grave, quelquefois même aussi très bénin, coïncidaient des taches hémorrhagiques sur la peau, circonscrites ou diffuses, larges ou pointillées. Pour d'autres, et particulièrement pour ceux de l'école de Willan et Bateman, il existait plusieurs espèces de purpura : les unes se rattachant aux affections de la peau proprement dites, les autres dépendant d'altérations du sang, comme dans les fièvres malignes putrides et adynamiques, constituant ce qu'à proprement parler on doit désigner sous le nom de pétéchiанose. D'autres, pensant que l'illustre médecin allemand s'était complu dans une synthèse prématurée, considéraient les taches et hémorrhagies cutanées comme un acte morbide commun à un grand nombre de maladies et ne

(1) HUMBERT MOLLIÈRE, Recherches cliniques sur la nosographie du purpura hémorrhagica et des affections pétéchiiales. (*Lyon médical et Journal de Dermatologie* du Dr Doyon, 1874.)

(2) WERLHOF (P.-C.), *Opera medica collegit et auxit J.-E. Wichmann*. Hannover, 1775, in-4°, p. 540, 748 et 423.

s'attachaient guère qu'à en tirer les données pronostiques qu'il peut fournir. Enfin, beaucoup persistaient à maintenir au milieu des divers purpuras un type, aussi bien établi que possible auquel on continuait à donner le nom de maladie de Werlhof; type, il faut bien le dire, assez rare, assez peu précis pour toujours donner prise à des objections. Et pourtant, personne ne se reportait au texte même de l'auteur, et il y a quelques années seulement que Lasègue eut l'idée de comparer à la description même de Werlhof tout ce qu'on lui avait fait dire de faux et d'erroné. Il résulte en effet, de ce travail de confrontation tardive, que Werlhof a toujours su distinguer les taches hémorrhagiques d'avec les pétéchies symptomatiques des autres affections, du typhus pourpré, par exemple, qu'il décrivit sous son nom certaines formes apyrétiques de notre pèliose rhumatismale, et aussi une affection fort grave caractérisée par des éruptions rouge ponctuées, des ecchymoses sur la muqueuse buccale et nasale, des hémorrhagies par les reins et les poumons, affection qui, suivant Neumann, reconnaît les mêmes causes que le scorbut dont elle ne diffère que par la forme des taches. Le pronostic en est grave et la mort arrive par hémorrhagie interne.

De l'analyse de nos dix observations recueillies pendant quatre années consécutives, nous crûmes pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Tout d'abord, que la maladie de Werlhof n'est pas une entité morbide comme le rhumatisme articulaire aigu et les fièvres éruptives; que les éruptions de purpura peuvent se rencontrer dans un très grand nombre de maladies et chez des sujets présentant la constitution et l'état général les plus variés; depuis la santé parfaite jusqu'aux cachexies les plus avancées;

En troisième lieu, que la cause de ces hémorrhagies doit être attribuée, dans un grand nombre de cas, à une fragilité originelle, innée ou acquise, des vaisseaux capillaires de la peau et de certaines muqueuses, fragilité qui sera, du reste, très variable suivant les individus, et qui peut être considérée, dans un très grand nombre de cas, comme une véritable atténuation de la diathèse hémorrhagique des Allemands (hémophilie). L'altération du sang par le fait d'une maladie quelconque ne peut donc qu'augmenter les chances d'hémorrhagie, et, en premier lieu, les extravasations dans la peau.

Depuis lors, cette manière de voir a été généralement adoptée, soit dans les traités classiques, soit par les auteurs qui ont écrit sur le purpura des monographies spéciales ou des revues critiques (1). De notre côté, nous avons poursuivi sans cesse nos recherches et nous pouvons

(1) LASÈGUE, Étude rétrospective sur la maladie de Werlhof (*Arch. gén. de médecine*. 1877). — DU CASTEL, Des diverses espèces de purpura (*Thèse d'agrégation*. Paris, 1883).

dire, dès à présent, que non seulement elles n'ont pas modifié nos premières conclusions, mais qu'elles les ont plutôt corroborées et appuyées et nous ont poussé plus avant dans cette œuvre de dichotomie.

Quant à ceux qui ont cru devoir protester contre un semblable démembrement de l'entité créée par Werlhof, ils ont bien été forcés d'établir tout au moins de larges coupures dans une série composée d'éléments aussi disparates.

M. le D^r Couty (1), dans une étude intéressante où il s'efforçait de décrire la forme nerveuse du purpura, d'ailleurs parfaitement reconnue avant lui, n'a pas été heureux, à notre avis, dans ses tentatives de retour à l'unité. Si sa division du purpura en primitif et symptomatique est admise depuis longtemps par tout le monde, par contre, les caractères qu'il assigne à la véritable maladie de Werlhof sont tellement vagues, si étendus, qu'on me pardonne cette expression, je dirai même presque si contradictoires, qu'ils ne peuvent servir de cadre à une entité nosologique bien définie.

Ainsi, par exemple, l'apyrexie qui, d'après le médecin de Hanovre, serait caractéristique de la maladie, peut, suivant l'auteur que nous citons, au contraire, être remplacée par une fièvre intense, ce qui, suivant lui, confirmerait la règle... nous ne voyons vraiment pas comment...

De plus, il tire aussi un argument du type même de l'éruption qui, dans l'espèce, conserverait toujours la forme lenticulaire sans jamais affecter celle plus étendue des pétéchiés. Les observations qu'on lira plus bas montrent combien ce prétendu signe distinctif serait illusoire. Toutes les formes anatomiques de l'hémorrhagie cutanée, comme nous allons le voir, se rencontrent sur le même sujet, et, à ce point de vue, aujourd'hui, nous ne pouvons plus, comme autrefois, séparer les taches purpuriques des véritables pétéchiés. Là, comme partout ailleurs, l'état général du sujet et la réunion des autres symptômes doit nous éclairer avant tout sur la nature de l'affection. En raisonnant autrement on en viendrait tout simplement à méconnaître la véritable nature des purpuras fébriles, et à ne voir, dans une affection très bien définie, qu'une simple complication fébrile du morbus maculosus de Werlhof.

Ceci nous conduit donc à parler de ces formes qu'il nous a été donné d'observer plusieurs fois et dont nous avons rapporté plusieurs observations dans notre premier travail. Sans entrer dans les nombreux détails d'un historique qui n'aurait pas ici sa place, nous dirons seule-

(1) COUTY, Étude sur une espèce de purpura d'origine nerveuse (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1876). — FAISANS, Des hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux et en particulier du purpura myélopathique (*Thèse de Paris*, 1882).

ment que l'idée première de la péliose rhumatismale appartient à Canstatt et Hensch (1), et ensuite à Schönlein et à MM. Maximin Legrand et Duriau qui en ont étendu le cadre et mieux précisé la nature. Hebra, qui l'étudia à son tour, la plaça hardiment dans la catégorie des exanthèmes aigus fébriles et crut devoir en admettre la nature infectieuse, quoiqu'il fut impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, d'établir quel était l'agent extérieur à incriminer.

C'était peut-être faire prématurément bon marché de l'étiologie rhumatismale, car il est bien certain que bon nombre de cas, et particulièrement ceux rapportés par Perroud (2), paraissent certainement devoir être rattachés à cette diathèse. Quoi d'étonnant, en effet, qu'une affection capable de produire du côté de la peau les éruptions les plus diverses ne puisse, dans certaines circonstances, donner lieu à des hémorrhagies, d'autant plus que le rhumatisme, dans ses formes aiguës et même chroniques, détermine une altération du sang susceptible au premier chef d'en amener la production. On nous objectera sans doute que les arthralgies et les endocardites, que l'on observe en pareil cas, se rencontrent également dans la plupart des maladies infectieuses (pyohémie, scarlatine, dysenterie, blennorrhagie même), et qu'on n'a pas de critérium absolu pour admettre le rhumatisme : nous reconnaissons la valeur de cet argument. Cependant, il est des cas où la marche absolument régulière des symptômes, l'apparition tardive des taches pourprées, et jusqu'à l'influence de certains agents thérapeutiques, nous interdisent absolument de rayer du cadre nosologique, comme le voudraient quelques-uns, le purpura rhumatismal dont nous avons toujours été le défenseur en tant qu'espèce.

Dans une communication fort intéressante faite à la Société de médecine de Lyon, à propos d'une observation de fièvre des foins, qui nous était personnelle, notre savant ami et collègue dans les hôpitaux, M. le professeur J. Renaut (3), a rapproché cette singulière affection de la péliose rhumatismale qui, elle aussi, paraît être sous la dépendance de la diathèse arthritique, et dont le contagion, encore inconnu, ne saurait avoir d'action sur les sujets indemnes de cette prédisposition morbide.

Nous savons, en effet, maintenant, depuis les travaux de Bostock, de Phœbus, de Guéneau de Mussy (4), que l'asthme ou catarrhe des foins

(1) CANSTATT und HENCH, *Handbuch der med. klinik : Specieller Pathologie und therapie*. 3te-Auflage. Erlangen, 1856, t. III, p. 918.

(2) PERROUD, Note sur le rhumatisme hémorrhagique (*Soc. des Sc. médicales*, Lyon, 1867). — Cf. Charles DRIVON, Des éruptions rhumatismales (*Thèse de Montpellier*, 1862). — GIORGI, De l'Erythème noueux (*Thèse inaugurale*, Montpellier, 1872).

(3) *Lyon médical*, 22 juin 1884. *Société nationale de médecine* : Discussion sur l'asthme des foins.

(4) *Leçons de clinique médicale*, t. I^{er}, asthme des foins, page 519.

ne s'observe que chez les sujets d'origine gouteuse, et que les spores et autres poussières végétales qui en provoquent le développement sont, au contraire, sans action sur le plus grand nombre des individus.

Il en est de même de plusieurs sortes d'irritations, en quelque sorte mécaniques, et l'on peut dire que, dans l'espèce, c'est la nature même de l'organisme sur lequel elles agissent qui imprime à la maladie qui en résulte son caractère spécifique. M. Renaut a vu autrefois, lorsqu'il faisait ses expériences sur l'action du rhus toxicodendron, le simple contact de cette plante déterminer des érysipèles chez les sujets lymphatiques et non chez les arthritiques; de même, comme on l'a répété si souvent, certains pharmaciens ne peuvent toucher à l'ipéca sans prendre des accès d'asthme (Trousseau). Ces faits, ajoute notre savant ami, rentrent tous dans la même catégorie et se rapprochent de l'érythème pathogénétique consécutif à l'ingestion de certains poissons, crustacés ou végétaux.

Ces intoxications, comme on le voit, ont la plus grande analogie avec la péliose rhumatismale, affection printannière et automnale comme l'avait parfaitement reconnu Hebra. Là, certainement, il existe un contagium plus ténu que celui de l'asthme des foin et qui se manifeste avec encore plus d'énergie dans la forme pseudo-exanthématique (purpura hemorrhagica) avec décharges considérables par le rein, décharges que l'on observe ordinairement dans les maladies ayant pour origine un ferment figuré (poussières ou microbes).

M. Renaut a plusieurs fois insisté sur l'albuminurie que l'on observe souvent dans ces circonstances, et nous avons fait aussi la même remarque (voir les observations de notre premier mémoire et celles qui vont suivre). Il est inutile d'ajouter que ces maladies bénignes, dans l'immense majorité des cas, présentent parfois une gravité exceptionnelle et peuvent même se terminer par la mort. Cela arrive surtout lorsque le rein se trouve atteint secondairement.

Dans un travail plein d'aperçus originaux sur les néphrites (1), M. le professeur Renaut a cherché à déterminer quelle était la nature de ces divers troubles du côté du filtre rénal.

Il ne s'agit point là d'un processus inflammatoire, d'une néphrite aiguë, mais bien d'un œdème congestif, et vraisemblablement le système nerveux doit jouer le plus grand rôle dans sa formation.

A cet état particulier de l'organe de l'urination, M. Renaut a appliqué la dénomination très heureuse de coryza du rein, qui a l'avantage de bien attirer l'attention à la fois sur la nature de la lésion et consécutivement sur les difficultés sérieuses, quoique temporaires, qu'éprouve le filtre

(1) La néphrite congestive aiguë infectieuse, par le professeur J. RENAUT. Leçon recueillie par M. Leclerc, interne du service. Paris, 1884.

rénal à être traversé par les produits soit normaux, soit pathologiques que renferme le sang. En effet, les symptômes que l'on observe sont bien analogues à ceux de toutes ces auto-infections dont l'urémie est encore la mieux connue dans l'état actuel de la science.

Dans les deux observations qu'il rapporte et qui ont été recueillies avec le plus grand soin par son interne M. le Dr Leclerc, on voit tout d'abord des symptômes très graves analogues à ceux que l'on observe dans la septicémie se déclarer tout d'un coup ; puis la maladie paraît se localiser du côté des reins. En plus de la fièvre, on voit survenir de l'anasarque avec albuminurie ; puis des phénomènes d'intoxication très graves.

Une thérapeutique habile ayant triomphé de tous ces accidents, l'auteur se demande naturellement de quelle espèce était cette inflammation rénale, et quelle était vraisemblablement la cause prochaine d'un pareil complexus morbide. Évidemment il faut penser à une intoxication et, si la nature du contag ne nous est pas encore connue, nous constatons néanmoins que le rein est impressionné à peu près de la même manière que dans d'autres affections, dont l'étiologie est actuellement moins obscure (la variole et la scarlatine, par exemple). Il faut donc admettre chez ces malades l'existence d'une inflammation congestive absolument analogue à celle qu'il avait décrite autrefois (1) dans la peau affectée d'érysipèle, lésion essentiellement légère, mobile et fugace comme cette dernière, et très probablement de nature parasitaire. Naturellement les accidents si graves sur lesquels nous avons tant insisté proviennent uniquement de l'annulation temporaire des fonctions rénales et de l'insuffisance de la dépuration sanguine.

Ces données pathogéniques s'appliquent, comme on le voit, parfaitement aux formes graves du purpura fébrile accompagnées d'albuminurie. L'existence, en pareil cas, d'un ferment figuré est donc des plus probables. L'observation suivante, dans laquelle on peut suivre pas à pas les décharges successives du côté de la peau et des reins de l'agent toxique probable, nous autorise, à défaut d'examen directs ou de cultures, à admettre jusqu'à nouvel ordre une semblable interprétation.

OBSERVATION I (2). — Le 2 janvier 1883, je recevais dans mon service, salle Sainte-Blandine, n° 14 (Hôpital de la Croix-Rousse), une jeune fille âgée de 17 ans, née à Lyon et n'ayant jamais eu aucune maladie antérieure. Elle a été réglée à l'âge de 14 ans et l'est assez régulièrement depuis. Elle n'a pas de leucorrhée et jouit d'une bonne santé habituelle.

Il y a deux jours, sans cause appréciable, sans prodrome et sans troubles du côté des grandes fonctions, elle vit apparaître sur les membres une éruption pour laquelle elle demande aujourd'hui son admission.

Cette éruption a occupé d'emblée la moitié inférieure des deux bras et

(1) RENAULT. Érysipèle et œdème de la peau (*Thèse de Paris*, 1874).

(2) Recueillie par MM. Devic et Fraçon, internes des hôpitaux.

la moitié supérieure des deux avant-bras; la portion moyenne des jambes du côté de l'extension, isolée par places ou agminée. Elle est constituée par de petites taches rouges couleur lie de vin en certains endroits. Ces taches sont le plus souvent de simples macules : on voit aussi quelques papules ne disparaissant pas par la pression.

Pas de troubles de la motilité ni de la sensibilité. Pas d'œdème des membres inférieurs.

5 janvier. On note une disparition presque complète de l'éruption qui le lendemain reparait dans les mêmes régions que la première fois.

8 et 11 janvier. Une légère chiquenaude, appliquée sur la peau du membre supérieur, laisse le lendemain une ecchymose prononcée, reproduisant exactement la forme du doigt qui l'a frappée. Il en est de même d'un simple trait tracé sur le bras, dans la même région.

Enfin les urines examinées par la chaleur et l'acide nitrique contiennent une notable proportion d'albumine. Très bon état général.

11 et 15 janvier. Même épreuve de la contusion et mêmes résultats.

Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs et l'auscultation du cœur ne révèle l'existence d'aucune altération.

18 janvier. L'éruption continue à disparaître et l'on en retrouve difficilement la trace aux membres inférieurs. Il n'existe d'ailleurs aucune tache ni macule sur le reste du corps.

22 janvier. L'éruption a repris ses mêmes caractères, elle a partout une teinte lie de vin peu foncée. Il y a toujours de l'albumine dans les urines mais l'état général est excellent.

31 janvier. L'éruption a les mêmes caractères. En pratiquant, avec l'ongle, un trait sur un point quelconque du corps, on a immédiatement une traînée rouge disparaissant environ deux heures après.

3 février. Il y a toujours de l'albumine dans les urines.

15 février. L'urine est toujours pâle, claire, peu abondante et contient, par litre, 21 grammes d'urée.

17 février. L'éruption se remarque également sur les jambes, les cuisses et un peu dans le dos.

26 février. Il y a toujours de l'albumine dans les urines.

4 mars. La malade se plaint de douleurs pendant la miction, on observe alors des phénomènes généraux bien marqués, tels que fièvre et céphalalgie. Ce matin, les urines contiennent une grande quantité de sang : au microscope, on constate l'existence de globules rouges en grand nombre.

5 mars. Plus de douleurs pendant la miction. Les urines contiennent moins de sang, mais tout autant d'albumine.

6 mars. Il y a moins de sang qu'hier dans les urines. L'éruption sur les membres inférieurs est plus confluyente qu'elle ne l'a jamais été. On a des papules et non plus des macules. Les membres inférieurs sont augmentés de volume. Le doigt appliqué ne laisse pas d'empreinte, comme dans l'œdème ordinaire, mais on a plutôt la sensation de l'œdème dur chronique.

7 mars. Traitement. On institue le traitement suivant : *diète lactée ; perchlorure de fer, 25 centigrammes d'ergot de seigle.*

Même quantité d'albumine. Teint pâle. 800 grammes d'urine en 24 heures.

9 mars. L'éruption a pâli un peu ce matin. La malade est pâle; le purpura commence à envahir les côtés de la flexion de l'avant-bras.

10 mars. Urines un peu moins rouges, 900 grammes en 24 heures. Un peu de prurit du côté des membres inférieurs.

15 mars. La quantité d'albumine a beaucoup diminué et cette diminution s'accroît de plus en plus : l'urine n'est presque plus colorée en rouge.

20 mars. Presque plus d'albumine aujourd'hui. Avec l'acide azotique, on a deux anneaux, un supérieur albumineux et tout à fait au-dessus un disque d'acide urique.

23 mars. La malade est sortie une partie de la journée et est restée longtemps debout. Ce matin, ses urines sont fortement hématiques et albumineuses. Écchymoses sous-conjonctivales des deux côtés, surtout à gauche.

26 mars. Depuis trois jours, presque plus d'albumine, plus de sang; l'éruption a pâli sur les membres supérieurs surtout : les ecchymoses sous-conjonctivales ont disparu.

Il y a toujours une pâleur très accusée des téguments.

30 mars. Presque plus d'albumine. Beaucoup d'acide urique.

6 avril. Traces d'albumine dans l'urine. Les plaques d'éruption ont pour la plupart au centre un poil : il s'est fait, ces jours passés, des poussées successives. (Il est à remarquer que la plante des pieds en est absolument indemne.)

11 avril. Apparition des règles coïncidant avec la pâleur de l'éruption.

15 avril. Très peu d'albumine dans les urines. On prescrit des inhalations d'oxygène.

18 avril. Pas traces d'albumine. Il se fait encore de nouvelles poussées, mais qui ne sont pas précédées de douleurs dans les membres.

21 avril. L'albumine reparait encore.

22 avril. Nouvelles poussées successives sur les membres inférieurs principalement.

23 avril. Très peu d'albumine dans l'urine.

25 avril. Il y a un peu plus d'albumine qu'avant-hier.

26 avril. Nouvelle poussée éruptive.

27 avril. Albumine en quantité notable aujourd'hui. Nouvelles poussées cet après-midi. Jamais l'éruption n'a été aussi confluyente.

12 mai. Disparition complète de l'albumine qui reparait vers le 16.

3 juin. Nouvelle poussée généralisée de purpura avec prédominance du côté de l'extension au niveau du coude et des genoux. L'éruption qui a un caractère moins hémorragique prend une forme papuleuse discrète. Les saillies quoique peu prononcées sont nettement distinctes. L'urine contient encore une certaine proportion d'albumine.

30 juin. L'urine est toujours légèrement albumineuse. L'état général est excellent, la malade demande sa sortie.

Depuis lors, cette jeune personne n'a jamais été perdue de vue et paraît avoir joui d'une bonne santé.

Au moment de livrer notre travail à l'impression, notre excellent confrère et ancien interne, le Dr Devic, nous apprend qu'il vient de retrouver cette malade.

Elle aurait eu une éruption assez confluyente, pendant l'hiver de 1884 et une seconde éruption plus discrète se serait montrée pendant celui de 1885. La menstruation a toujours été régulière.

Actuellement, 28 décembre 1886, on ne trouve rien à noter du côté des divers organes. Il n'existe aucun trouble cardiaque, pas d'œdème, pas d'albumine dans les urines.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Elle diffère d'abord des cas de purpuras aigus et malins dans lesquels il y a lieu de tenir

compte de trop d'éléments complexes pour que la donnée étiologique puisse ressortir avec quelque clarté. Elle nous montre ensuite les diverses étapes que suit l'agent extérieur introduit dans le sang, et la série de ses manifestations pendant une durée de plus de deux ans, jusqu'à son expulsion définitive de l'organisme. Après avoir été éliminés en partie dans la période aiguë, des germes restent à l'état latent dans les viscères jusqu'à ce qu'il se produise une nouvelle repullulation à une époque plus ou moins éloignée. On voit, en effet, une suite de poussées successives qui peuvent être assimilées à celles que l'on observe à l'état aigu dans la malaria, à l'état chronique dans la tuberculose et, en général, dans la plupart des affections de nature microbienne. D'après les recherches de notre savant collègue et ami le Dr Aubert (1), il existerait quelque chose d'analogue dans la blennorrhagie qui peut récidiver au bout de plusieurs mois, quelquefois même de plusieurs années, chez des sujets qui ne se sont exposés à aucune nouvelle source d'infection. Ici, l'agent morbide est palpable, facile à reconnaître par la présence des gonococcus.

Si, jusqu'à ce jour, les recherches de bactériologie ont donné des résultats indiscutables pour quelques-unes d'entre elles, il est permis, dans une certaine mesure, de se baser sur l'analogie pour assigner à d'autres une origine analogue.

L'étude de MM. Diday et Doyon (2) sur l'herpès génital récidivant peut être considérée comme un modèle à suivre dans les généralisations de cette espèce, et nul doute qu'en ce qui les concerne, la découverte d'un nouvel infiniment petit ne vienne leur donner raison. Pour ce qui nous regarde, nous pensons avoir suivi la même méthode, et nous sommes heureux d'avoir de notre côté notre savant collègue dans les hôpitaux, M. le professeur J. Renaut.

Nous rangerons dans cette même catégorie une autre observation extraite de notre premier mémoire, et que nous avons cru devoir reproduire ci-dessous *in extenso* à propos des formes rhumatismales, avec lesquelles elle n'est pas sans avoir d'assez nombreuses analogies, ce qui explique les confusions qu'on rencontre à chaque pas dans les descriptions des auteurs.

Mais si, dans le plus grand nombre des cas, la forme que nous venons d'étudier est accompagnée de peu de fièvre et ne présente, pour ainsi dire, pas de gravité, elle peut parfois aussi se manifester par un cortège d'accidents formidables susceptibles d'amener rapidement la mort. On en rencontre, du reste, quelques exemples dans la littérature médicale

(1) AUBERT, Communications diverses sur la blennorrhagie (*Société de médecine et Société des sciences médicales de Lyon*, 1885-86, passim).

(2) DIDAY et DOYON. *Les Herpès génitaux*, 1886 (Voir surtout la fin de l'ouvrage).

contemporaine (voir la thèse de du Castel), et ils sont décrits pour l'ordinaire sous le nom d'érythème malin aigu.

Le hasard a voulu que nous n'en ayons jamais observé nous-même.

Voici les deux seuls faits pouvant rentrer dans la première catégorie que nous venons de décrire et que nous transcrivons en abrégé de nos notes d'observation.

OBSERVATION II. — Jeune fille de 18 ans, entrée le 7 juin 1881, salle des Troisièmes. — Femmes, n° 94, sortie le 17 juillet.

Bonne santé antérieure. Anémique depuis quelques mois. Souffle à la base du cœur. La maladie qui nous l'amène date de trois mois environ.

M. V... eut d'abord des douleurs violentes dans les membres inférieurs, puis dans les supérieurs, avec une sorte de malaise indéfinissable qui l'empêchait de travailler. Survint de l'œdème des jambes avec essoufflement et troubles digestifs. Alors elle vit apparaître une éruption généralisée de purpura. Ces symptômes entrèrent rapidement en décroissance et, lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, les douleurs avaient disparu, et le purpura ne siégeait plus qu'aux membres. Mais l'éruption variait de couleur suivant qu'on l'examinait aux bras ou aux jambes. Aux membres inférieurs, elle était formée de macules sans saillies rouges ne s'effaçant pas par la pression. Isolées, elles sont grosses comme une tête d'épingle : agminées, elles forment de petites plaques irrégulières dentelées sur leurs bords. Mêmes caractères anatomiques aux membres supérieurs, sauf la coloration qui est jaune pâle. Pas de prurit, etc.

On trouve résumés ici, quoique à grands traits, les principaux caractères de la forme exanthématique du purpura. L'indécision dans laquelle nous étions alors relativement à l'établissement de ce nouveau type ne nous avait pas permis de nous prononcer plus catégoriquement à cette époque.

En présence des distinctions que nous venons d'établir et qui reposent sur une analyse clinique aussi rigoureuse que possible, il ne faudrait pourtant pas se hâter de porter un diagnostic trop précis. Le purpura exanthématique (nous nous sommes suffisamment expliqué plus haut sur sa nature) peut être facilement confondu avec celui qu'on observe dans le cours de certaines affections générales ou localisées, comme la tuberculose pulmonaire et les maladies du cœur. Même début dans les deux cas, mêmes poussées successives du côté de la peau, avec état général plus ou moins grave, élévation de la température ; le tout traduisant une altération profonde du sang.

Il faudra donc toujours, en présence d'une éruption de ce genre, examiner avec le plus grand soin les principaux viscères, mais principalement les poumons et le cœur.

Dans la première observation qu'on va lire ci-dessous, on put croire tout d'abord à l'existence d'un purpura exanthématique. L'âge de la malade, la forme du tracé, la présence de l'albumine dans les urines, la

marche des accidents, tout semblait devoir faire admettre ce diagnostic. Cependant, l'auscultation du poumon permit de découvrir une altération profonde des sommets, ce qui nous fit reléguer ce cas dans la catégorie des purpuras symptomatiques. Toutefois, la marche de l'éruption se fit avec une telle régularité, qu'il est permis de se demander s'il n'y avait pas là une véritable coïncidence d'un purpura exanthématique avec la tuberculose pulmonaire. C'est pourquoi nous avons cru devoir reproduire dans tous ses détails cette intéressante observation.

OBSERVATION III. — *Purpura pseudo-exanthématique dans le cours d'une tuberculose pulmonaire* (Recueillie par M. Rouchon, interne du service).

La nommée Marie Z..., âgée de 23 ans, domestique, entre le 3 juillet 1885 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie, n° 6. Service de M. Humbert Mollière.

Comme antécédents : mère morte de suite de couches. Père bien portant. Un frère vivant et en bonne santé. Elle a eu un accouchement normal il y a deux ans.

Pas d'antécédents pathologiques personnels : une fièvre intermittente il y a six ans.

Pas de rhumatisme antérieur.

La menstruation s'est établie à l'âge de 15 ans. Elle est ordinairement régulière, mais elle n'a pas reparu cette dernière fois.

La malade arrive à l'Hôtel-Dieu dans un état de faiblesse considérable. Ses forces sont anéanties, ses téguments sont pâles, d'une pâleur jaune verdâtre. Les muqueuses, les conjonctives, les gencives, les lèvres sont exsangues, sèches et plissées.

Lorsqu'on découvre la malade, ce qui attire tout d'abord l'attention, c'est l'existence sur les membres d'un grand nombre de taches de couleur rouge lie de vin. Elles occupent spécialement les téguments qui avoisinent les jointures, particulièrement les genoux et le coude, et paraissent affecter de préférence le côté de l'extension : elles ont, pour la plupart, une forme arrondie; d'autres ont une forme elliptique; d'autres enfin, placées sur la peau de l'abdomen, ont une forme très irrégulière; elles sont constituées par de larges taches que les vergetures de la peau ont divisées en plusieurs taches linéaires et allongées (Nous rappelons ici que la malade a eu un accouchement il y a deux ans.)

La dimension des taches est variable : les plus petites ont la largeur d'une tête d'épingle; le diamètre des plus grandes est comparable à celui d'une pièce de 20 centimes. Il n'en existe pas à la face.

Outre ces taches de coloration rouge pourpre, il en existe d'autres moins nombreuses affectant une forme plus irrégulière, à bords déchirés, et présentant une couleur jaune verte analogue à celle que revêtent les téguments à la suite d'une contusion. Elles siègent de préférence aux points où la peau est en rapport plus direct avec une surface osseuse. Nous en constatons au niveau de la tête du péroné et de la crête du tibia; quelques-unes sur les cuisses.

L'apparition de ces symptômes du côté de la peau remonte, au dire de la malade, à une dizaine de jours environ. On ne trouve pas de cause à laquelle on puisse attribuer nettement la réapparition.

La pression exercée avec le doigt sur la peau ne les fait pas disparaître et ne détermine pas même de modifications dans leur coloration.

Il y a trois ou quatre jours, la malade rendit un peu de sang par le nez :

la valeur d'une cuillerée environ. Elle n'eut jamais d'autre hémorrhagie. Pas d'hémoptysies, pas de méléna, pas de métrorrhagies, pas d'hémorrhagies gingivales.

Dès le début et quelques jours même avant l'apparition des taches purpuriques, des douleurs très vives se sont fait sentir dans l'abdomen, surtout sur les parties latérales, dans les deux fosses iliaques : elles ne paraissent pas localisées plus particulièrement d'un côté.

A l'inspection, on constate un abdomen distendu présentant une forme ovoïde.

La palpation ne révèle rien, mais exagère les douleurs. La percussion dénote un peu de tympanisme.

L'appétit est nul, la soif très vive. Pas de vomissements d'aucune nature; selles normales. La malade accuse aussi des douleurs, surtout dans les membres inférieurs, et spécialement au niveau des insertions musculaires.

Céphalée assez vive.

Pas de douleur au niveau des attaches du diaphragme.

Poumons. Pas de modifications sensibles à la percussion. A l'auscultation, on constate l'existence de nombreux râles sibilants et sous-crépitaux moyens occupant le sommet gauche en arrière. En avant, du même côté, on les trouve plus accusés et accompagnés d'une respiration très soufflante.

La malade nous dit alors qu'elle tousse depuis quatre ou cinq mois : cette toux s'accompagne d'expectoration purulente assez abondante; nous avons déjà dit qu'elle n'a jamais eu d'hémoptysies. Elle avait maigri notablement pendant les mois précédents.

Cœur. La pointe bat dans le 5^e espace, en dedans du mamelon : pas de douleurs à ce niveau. L'auscultation ne révèle aucun souffle.

Pas de souffle dans les vaisseaux du cou, ni dans l'aire des bruits anémiques; pas de souffle oculaire.

Le pouls est petit et accéléré : 27 au quart; il est régulier.

La malade présente un œdème très léger des régions malléolaires; elle en présentait davantage il y a quelques jours.

Les urines sont pâles, peu abondantes; elles donnent par l'acide nitrique et par la chaleur un précipité d'albumine assez abondant.

On donne des toniques et des astringents : *vin, rhum, élixir acide de Haller XX gouttes.*

4 juillet. Pouls à 29 au quart.

6 juillet. Pouls à 26 au quart. Les règles, qui étaient en retard, apparaissent.

8 juillet. Les urines renferment toujours de l'albumine en notable quantité. Leur analyse fait constater l'existence de 12 gr,50 d'urée par jour.

9 juillet. L'examen du sang révèle une diminution d'hémoglobine considérable; elle n'existe plus que dans la proportion de 3,2 0/0, au lieu de 12 0/0, quantité normale moyenne. Il est d'ailleurs très difficile d'obtenir une goutte de sang; ce n'est qu'après plusieurs piqûres successives qu'on y parvient.

Les taches purpuriques sont devenues plus nombreuses. Les taches ecchymotiques présentent une teinte couleur de cire jaune.

Les douleurs ont diminué.

Pouls à 22 au quart. Souffle léger dans les vaisseaux du cou à droite. On perçoit aussi un léger souffle oculaire.

15 juillet. Les taches diminuent d'étendue; on constate la disparition d'un certain nombre d'entre elles qui se trouvaient sur les cuisses.

État général meilleur. L'appétit renaît.

20 juillet. Disparition progressive des taches qui diminuent d'étendue. Les ecchymoses persistent davantage. Aux poumons, mêmes signes sthétoscopiques qu'au début, mais un peu plus accusés. Un peu de gargouillement. Expectoration abondante et purulente.

24 juillet. Les taches purpuriques ont presque totalement disparu : on n'en trouve que quelques-unes au niveau des genoux, ayant la dimension d'une lentille environ.

État général relativement bon, malgré la lésion pulmonaire.

Les urines ne renferment plus d'albumine.

1^{er} août. La malade sort guérie de son purpura.

État stationnaire, peut-être même un peu plus avancé de l'affection des poumons. La pâleur est toujours très accentuée.

La température rectale a été prise matin et soir pendant les douze premiers jours. Jamais elle n'a dépassé 38°8 ; la courbe a suivi constamment une marche descendante affectant presque toujours le type inverse, ce qui s'observe d'ailleurs fréquemment chez les tuberculeux.

Quoi qu'il en soit, le tracé de cette malade n'était pas sans quelques rapports avec celui des affections fébriles de moyenne intensité, et, à ce point de vue, il se rapprochait de ceux des purpuras fébriles que nous venons de décrire, de telle sorte que, si les symptômes du côté des sommets eussent été moins accentués, on eût pu admettre l'existence d'un exanthème de ce genre.

C'est pourquoi nous croyons devoir donner aux cas semblables le nom de purpura pseudo-exanthématique pour les distinguer des précédents.

Des faits analogues ont été mentionnés dans le cours des affections cardiaques. Mais ils sont rares, à la vérité. Voici une observation suivie d'autopsie qui nous semble tout à fait démonstrative :

OBSERVATION IV. — Femme de 48 ans, née à Lyon, entre le 3 août 1881 à l'Hôtel-Dieu, salle des Troisièmes-Femmes, n° 73.

Atteinte depuis un mois d'œdème des membres inférieurs, elle n'accuse aucun trouble du côté des autres fonctions. Leur examen, pratiqué avec soin, est absolument négatif.

Le cœur, difficile à ausculter à cause de l'énorme développement des mamelles, bat profondément, et les pulsations en sont très faibles. On pense à une dégénérescence graisseuse de ses fibres. Le pouls est régulier, à tension faible, déprimée, mais accéléré. Les urines ne contiennent pas d'albumine. La malade est tellement obèse qu'elle peut à peine se retourner dans son lit. De plus, elle est complètement sourde, ce qui accroît les difficultés de l'examen.

Sur tout le corps, on constate l'existence d'une éruption pointillée.

La malade dit que ces taches, analogues à des piqures de puces, ont apparu subitement deux jours après un bain froid qu'elle prit à l'époque de ses règles qui apparurent au moment où elle en sortait.

L'éruption hémorrhagique est confluyente aux membres inférieurs et moins accentuée sur le tronc et les membres supérieurs. Elle se présente sous une forme pointillée nettement circonscrite. La couleur des taches est vive, d'un

rouge pourpré très intense. Deux jours après l'entrée, on voit apparaître une fièvre assez violente.

Du 3 au 7 août, le purpura se maintient et s'accroît tout en revêtant une coloration plus vive. La malade a une fièvre intense; la température est très élevée, la peau sèche, la langue grillée.

Douleurs vives dans toutes les articulations. Sueurs.

Rien d'anormal au cœur.

5 août. Les taches de purpura disparaissent insensiblement sur les membres supérieurs et au tronc. État stationnaire aux membres inférieurs. Diminution des douleurs. Plus de fièvre. Température normale.

6 août. Idem.

7 août. Réapparition des douleurs moins intenses.

8 août. Douleurs subaiguës. Le purpura est localisé à la moitié inférieure des deux jambes où existent également des pétéchies. Léger souffle à la pointe et au 1^{er} temps. Pouls assez fort, régulier.

La malade a un peu de dyspnée. La respiration se fait bien dans les deux poulmons. Dans la soirée, fièvre; pouls dur, forte tension.

Continuation des accidents. Mort au bout de quelques jours (11 août).

Autopsie. Adhérences pleurales à droite (partie postérieure). Poulmons décomposés par la chaleur.

Cœur gras. Ventricule droit aminci. Plaque laiteuse au-dessus de la valvule tricuspide. Deux des valvules aortiques sont transformées en une sorte de végétation bourgeonnante avec des parties fibroïdes et d'autres plus friables ayant en tout la grosseur d'une petite noisette. La 3^e valvule présente également un début d'excroissance.

Quelques plaques; athérome sur l'aorte ascendante. La valvule mitrale est un peu épaissie à son bord adhérent.

Reins diffluent, aplatis, transformés en une masse confuse et informe.

La rate est complètement ramollie, violacée et présente un infarctus de teinte ocreuse de la grosseur d'une noisette.

Point de suffusions sanguines sur le péritoine ou les autres viscères.

Rien au cerveau, sauf à gauche, un petit foyer hémorragique sous-arachnoïdien au niveau de la deuxième circonvolution pariétale ascendante.

II.

Passons maintenant à l'étude du purpura de nature rhumatismale dont la forme aiguë a été jusqu'ici décrite improprement sous le nom de péliose rhumatismale, et les formes subaiguë et chronique rattachées bien à tort, selon moi, à d'autres causes très nombreuses et parfois fort obscures.

Les observations que nous avons recueillies, et dont on trouvera plus loin l'exposé, nous ont définitivement amené à maintenir cette forme que des spécialistes du plus grand mérite ont cru devoir mettre en doute.

Sans nier positivement le purpura d'origine rhumatismale, M. Besnier, dans son article magistral du *Dictionnaire encyclopédique* (1), pense qu'on a sans doute raisonné imprudemment en croyant à l'existence d'un purpura d'origine rhumatismale, et qu'il serait plus rationnel d'admettre des

(1) Article RHUMATISME, du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*.

arthropathies chez les purpuriques. A une telle manière d'argumenter, nous ferons immédiatement cette simple objection : qu'il faudrait alors créer une forme de purpura dont l'éruption siègerait exclusivement au niveau des articulations, ce qui est absolument en contradiction avec tout ce que nous savons sur cette maladie.

Dans son *Précis de pathologie interne*, notre ami le professeur Dieulafoy, tout en partageant dans une certaine mesure l'opinion de M. Besnier, paraît pourtant moins absolu que ce maître, car il fait jouer à l'altération du sang, qui existe dans le rhumatisme tout comme dans tant d'autres maladies générales, un rôle prédominant dans la genèse des hémorrhagies cutanées.

Évidemment ce n'est pas là toujours du purpura proprement dit, tel qu'on doit l'entendre dans la rigoureuse acception du mot, tel qu'on l'observe dans les espèces qui ne prêtent pas à l'équivoque.

La fluxion rhumatismale peut imprimer aux hémorrhagies cutanées un caractère spécial au sujet duquel il ne faudrait pourtant pas se méprendre.

Dans les nodosités classiques de l'érythème noueux rhumatismal, par exemple, il est facile de constater que les parties profondes de la peau ont été le siège d'une véritable hémorrhagie, puisque nous voyons la coloration passer successivement par les diverses phases de tout épanchement sanguin : d'où le nom d'érythème contusifforme qui lui a été donné par les auteurs allemands.

Au reste, dans une observation qu'on lira plus loin et dans laquelle l'hémorrhagie cutanée nous paraît avoir été sous la dépendance d'une compression temporaire des ganglions rachidiens, nous avons constaté la plupart des symptômes classiques du rhumatisme articulaire aigu, voire même l'apaisement des arthralgies par l'administration du salicylate de soude.

Nous croyons donc à l'existence d'un purpura d'origine rhumatismale que nous avons observé dans les formes aiguë, subaiguë et chronique.

Si, dans la première, il figure comme une complication assez rare, il se rencontre plus souvent dans la seconde, et, à notre avis, il serait très fréquent dans la troisième, si on le recherchait ; car le plus souvent les petites taches purpuriques passent inaperçues ou sont attribuées au traumatisme (frictions et massages).

Voici, du reste, les principaux faits de ce genre que nous avons recueillis pendant ces dernières années :

OBSERVATION V. — Le 16 août 1884, je recevais dans mon service de l'hôpital Saint-Pothin, salle Saint-Pierre, n° 12, un robuste voiturier, très alcoolique, âgé de quarante ans environ, et présentement atteint pour la deuxième ou la troisième fois d'un rhumatisme articulaire aigu des mieux caractérisés.

Le salicylate de soude, immédiatement administré, procura un soulagement complet, et, au bout de quelques jours, les douleurs avaient entièrement disparu. Sept jours s'étaient écoulés depuis l'administration de la dernière dose du médicament, quand un matin nous fûmes surpris de trouver cet homme tout à la fois inquiet, rêveur et somnolent. Pensant à ses habitudes antérieures d'intempérance, et tenant compte aussi de la disparition presque complète des douleurs articulaires et de l'absence de fièvre, nous nous bornâmes à le faire surveiller très attentivement par notre interne, d'autant plus que nous venions de perdre quelque temps auparavant une de nos malades d'une complication de rhumatisme cérébral. Le lendemain soir, sans cause appréciable, on vit éclater brusquement tous les symptômes d'une méningite suraiguë avec fièvre intense, ataxie, puis adynamie.

Une large saignée fut impuissante à avoir raison de tels accidents et, à ma visite du matin, je trouvai le malade dans un état voisin du coma avec dyspnée extrême et carphologie. Examinant alors les diverses articulations, je fus très surpris de les trouver entièrement couvertes, ainsi que différents autres points des membres, de larges taches violettes, de la grandeur de la main pour l'articulation du genou, un peu moins grandes sur les autres points du corps. Il ne s'agissait pas d'hémorrhagies véritables, mais très manifestement d'hyperémies intenses très voisines des ecchymoses proprement dites.

Notre malade, mis au bain tiède comme dernière ressource, succomba dans la journée du 28 août 1884, mais je ne doute pas d'ailleurs, que s'il eut vécu quelques heures de plus, il ne se fût produit de véritables hémorrhagies cutanées en plaques comme dans les pétéchies. Nous en avons eu sous les yeux le premier stade et elles n'ont pu se constituer faute de temps.

Dans l'observation suivante, terminée par la guérison, nous avons pu, au contraire, étudier tout à notre aise cette complication, que nous considérons dans l'espèce comme très rare. La voici, d'ailleurs, dans tous ses détails :

OBSERVATION VI (1). — Rhumatisme articulaire aigu, érythémateux et hémorrhagique ; guérison. Rosalie X..., 22 ans, domestique, née à Terneux (Isère), entre le 21 juillet 1884, salle Sainte-Marie, n° 15 (hôpital Saint-Pothin).

Cette jeune fille, d'apparence robuste, n'a jamais été menstruée ; elle présente une absence complète de mamelons et de glande mammaire, et il n'y a presque pas de pubescence des parties génitales externes. Son père est rhumatisant, sa mère est morte en 4 jours à la suite d'une couche. Elle a un frère bien portant et qui n'est pas rhumatisant. Elle a eu deux frères morts en bas âge d'affections indéterminées.

La malade a déjà eu trois attaques de rhumatisme accompagnées d'une éruption érythémateuse ; mais alors les douleurs ne siégeaient pas dans les articulations, mais bien dans les masses musculaires du mollet, de la cuisse et du bras. Il y a quinze jours environ, elle a été prise d'une angine assez douloureuse qui a disparu au bout de trois jours pour faire place à une ma-

(1) Rédigée en grande partie avec les notes recueillies par M. FOCHER, interne du service.

nifestation articulaire sur le genou gauche. Depuis, le genou droit d'abord, puis les articulations tibio-tarsiennes, les coudes, les poignets, et les articulations des doigts, ont été également pris. Dès le début du rhumatisme articulaire, qui s'est accompagné d'un gonflement médiocre, une éruption érythémateuse s'est manifestée au niveau des articulations atteintes, surtout du côté de l'extension. Cette éruption est constituée par de petites élevures rosées de 1 à 4 millimètres de diamètre, nullement indurées et dont la coloration disparaît assez facilement par la pression. Toutefois, la malade dit que, lors des éruptions précédentes, ces taches devenaient violacées, puis jaunâtres à la façon des taches ecchymotiques, et l'on constate, en effet, sur certains points, une coloration un peu jaune. La température, au niveau de ces papules, est plus élevée que celle de la peau environnante.

La malade a été constipée au début, pendant quelques jours, mais elle ne l'est plus actuellement. L'appétit est nul, la soif assez vive, les sueurs, abondantes au commencement, ont maintenant disparu. La peau est toujours assez chaude, le pouls un peu petit est à 120. La malade ne tousse pas et n'a jamais eu de palpitations. Rien aux poumons. A l'auscultation du cœur, on entend un léger bruit de souffle systolique à la pointe, et un autre souffle systolique un peu plus rude et un peu plus marqué que le précédent à la base. Vésicatoire sur la région précordiale.

On prescrit à la malade du salicylate de soude et l'on fait faire des frictions sur les articulations malades avec du baume tranquille; puis on les entoure de coton cardé et de toile cirée.

23 juillet. Depuis déjà deux ou trois jours, l'exanthème a pris une teinte violacée manifestement ecchymotique, ne s'efface plus aussi nettement à la pression et, en certains points, tire sur le vert et le jaune. Il en est de même sur tous les points atteints primitivement, au niveau des articulations et sur les cuisses. On observe très attentivement la marche de la coloration hémorragique, qui suit la même évolution que dans le purpura ordinaire.

31 juillet. L'éruption a beaucoup pâli, elle présente des nuances violacées et brunâtres comme dans les ecchymoses. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

4 août. L'éruption est devenue à peu près invisible, elle présente sur beaucoup de points une teinte franchement verdâtre. Les saillies ont depuis longtemps disparu et la peau desquame légèrement au niveau des articulations. Les colorations hématiques s'effacent peu à peu et disparaissent totalement. La malade sort le 13 août parfaitement guérie de son rhumatisme, seulement le souffle cardiaque paraît plus intense qu'à son entrée.

Quelle qu'ait été l'influence de l'aménorrhée, il est bien certain qu'ici le rhumatisme a été la cause principale des hémorragies. Nous avons revu depuis cette malade (2 ans environ après son séjour à Saint-Pothin). Elle est toujours aménorrhéique, n'a pas eu de purpura ni non plus de retour de ses douleurs rhumatismales du moins à l'état aigu. Le développement d'une endocardite classique et l'efficacité du salicylate de soude, mettent ici le diagnostic à l'abri de toute critique.

OBSERVATION VII. — *Rhumatisme articulaire aigu avec purpura, endocardite mitrale, asystolie. — Mort. Autopsie.*

Le 16 janvier de la présente année, je recevais dans mon service de l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie n° 11, une femme âgée de 72 ans, dans un état assez prononcé d'asystolie.

Elle nous dit s'être toujours bien portée jusqu'au mois de septembre où

elle fit un premier séjour à l'Hôtel-Dieu pour un rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé. Toutes les jointures furent envahies presque en même temps, et lorsqu'elle sortit guérie de ses arthropathies, on lui dit qu'elle était atteinte d'une maladie organique du cœur. De plus, pendant toute la période aiguë de cette affection, elle présenta constamment des taches de purpura localisées, surtout à la face et à la partie supérieure du tronc.

Actuellement, elle est très oppressée, les battements du cœur sont rapides et irréguliers. On entend à la pointe un souffle râpeux très retentissant; mais, à cause de la fréquence et de l'irrégularité des contractions, il est bien difficile d'apprécier s'il est au 1^{er} ou au 2^e temps.

Le pouls présente les mêmes caractères de rapidité. Les artères ne sont pas athéromateuses.

Thorax bombé. L'auscultation des poumons révèle l'existence de rales sifflants et sous-crépitaux en assez grand nombre.

Les urines contiennent une très forte quantité d'albumine.

La malade se plaint en outre d'une douleur très vive dans le genou gauche, analogue à celles qu'elle a déjà éprouvées.

Les téguments de la face ne sont pas cyanosés bien que la respiration soit très rapide. On remarque sur les deux joues, principalement au niveau de la région malaire, un grand nombre de taches de purpura ayant d'un à trois millimètres de diamètre, d'un rouge carminé, éclatant. La malade nous dit que cette nouvelle éruption est identique à celle qu'elle avait eue pendant sa première atteinte de rhumatisme, sauf l'étendue, car elle reste localisée à cette région.

Le tronc et les membres ne présentent en effet rien d'analogue.

Nous prescrivîmes un traitement approprié. En attendant son résultat, nous continuâmes à examiner l'éruption qui ne s'étendit pas davantage, mais ne se modifia pas non plus. Le 20 au matin, la malade mourut subitement.

Autopsie pratiquée 24 heures après la mort. Cadavre parfaitement conservé. A la face, les taches purpuriques ont simplement pâli, aucune d'elles ne paraît avoir disparu.

Pas trace d'œdème du côté des membres inférieurs.

Cavité thoracique : Poumons catarrheux et emphysémateux. Adhérence totale de la plèvre droite.

Cœur. Pas de liquide dans le péricarde. Son volume est normal. Les parois des ventricules sont amincies, surtout à droite. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche n'est pas insuffisant et résiste à l'épreuve de l'eau. Il paraît plutôt un peu rétréci. La valvule mitrale présente au niveau de son bord libre, à la face supérieure, un certain nombre de nodosités du volume d'un pois, dures, résistantes et recouvertes, dans leurs sommets, d'une série d'autres petites tumeurs du même genre, moins volumineuses et faciles à écraser sous le doigt (1).

Les tendons de la tricuspide sont sclérosés.

— Rien du côté des sygmoïdes. L'aorte n'est pas athéromateuse.

(1) Cette particularité anatomique nous donne l'explication des symptômes observés pendant la vie. Les condylomes durs relèvent de la première endocardite, et les seconds doivent être rattachés à une nouvelle poussée qui, très vraisemblablement, a occasionné la mort.

Le foie déformé par le corset s'étale en quelque sorte bilobé jusqu'au-dessous de l'ombilic; mais il n'est pas altéré dans sa texture.

La rate est parfaitement saine.

Les reins, un peu diminués de volume, de couleur lie de vin pâle, se laissent assez bien décortiquer; ils présentent de légères cicatrices dépendant probablement de petits infarctus anciens.

A la coupe, on reconnaît de suite l'augmentation de volume de la substance corticale, au détriment de la substance médullaire. Le rein gauche est particulièrement malade, car, en plusieurs points, on ne peut plus distinguer les pyramides. L'aspect vitreux du parenchyme de l'organe donne immédiatement l'idée d'une néphrite mixte arrivée à un degré assez avancé.

En outre de son intérêt relativement à l'opinion que nous soutenons, cette observation nous présente un exemple de purpura localisé exclusivement à la face, accident, suivant les auteurs, très rare dans l'espèce et que nous n'avons rencontré que cette seule fois. De plus, les circonstances dans lesquelles elle a été recueillie, nous permettent d'exclure absolument toute idée de pétéchiies ou éruptions du même genre. C'est bien là un purpura cardio-rhumatismal des mieux caractérisés.

Lorsqu'on parcourt les observations publiées par les auteurs, il en est un certain nombre au sujet desquelles il est parfois difficile de se prononcer d'une manière absolue soit en faveur du rhumatisme, soit pour toute autre cause d'origine extérieure, comme celle qui nous a paru donner naissance à la forme exanthématique dont nous avons parlé plus haut. La marche de la température, l'existence de sueurs profuses, l'action de certains médicaments ne peuvent donner que des présomptions. L'apparition de complications cardiaques et d'arthropathies peut avoir lieu également dans les deux sortes d'affections. Aussi bien, ne nous étonnerons-nous pas de voir l'importance accordée généralement dans les livres à la péliose rhumatismale, qui, comme nous l'avons déjà dit, ne doit plus être considérée que comme une sorte de *caput mortuum* renfermant les éléments les plus disparates. L'observation suivante que nous empruntons à notre premier mémoire, nous a paru donner une idée exacte de ces difficultés qui, comme nous venons de le voir, même pour le moment, ne nous semblent pas cependant absolument insurmontables. Je crois que le lecteur y verra comme nous un cas de purpura exanthématique fébrile, bien que l'existence de fluxions du côté de l'endocarde et des articulations, ait pu faire songer un instant au rhumatisme.

OBSERVATION VIII. — *Purpura fébrile. — Arthropathies et endocardite mitrale. — Guérison.*

Jeune cultivateur, âgé de 27 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 18 avril 1870, salle Saint-Bruno, n° 18. Il y a quelques jours, étant en état d'ivresse, il passa la nuit à la belle étoile, coucha sur la terre nue et presque immédiatement après (10 avril) éprouva des douleurs vagues dans les membres inférieurs accompagnées de sensations de faiblesse. Il vit alors sur ses jambes une multitude de petites taches rouges qui étaient survenues depuis le début de ces accidents. Le lendemain, les jambes s'œdématisèrent et l'œdème disparut par le séjour au

lit. Actuellement le malade est abattu. La peau est moite, chaude. Le poulx bat à 56. Si l'on examine la surface de son corps, on constate l'existence d'une éruption confluyente formée de taches pourprées sans élevures de la peau. Souffle au niveau des crurales.

Le 23, le malade étant descendu se promener à la cour y a probablement pris un coup de soleil. Des accidents très graves sont survenus. Prostration. Température très élevée, poulx à 136. Mais le lendemain tous ces accidents avaient disparu. Le poulx avait repris sa lenteur normale, quoique la peau fût toujours un peu chaude.

Le 24, de nouvelles taches ont apparu à la partie postérieure des avant-bras, au dos, au niveau des angles de l'omoplate, sur les fesses et en général dans tous les points du corps un peu saillants et qui appuient sur le lit. Le premier bruit du cœur est sourd et un peu soufflant. Le poulx est à 60, la température légèrement élevée. Des taches se voient également à la partie postérieure du bras.

Le 25, au soir, il se plaint de douleurs vives dans les genoux, douleurs qu'il affirme avoir toujours éprouvées depuis le début de sa maladie. On constate en outre l'apparition de taches ecchymotiques non confluentes, d'une coloration rouge vif avec élevures (surtout aux jambes). Lorsqu'on promène le doigt, on sent quelques nodosités rappelant les très petites plaques de l'érythème noueux. La confluence des taches de la jambe donne l'aspect d'un marbre granité. Aucune congestion du côté de la bouche; gencives plutôt pâles. Rien du côté des conjonctives; mais avant son entrée à l'hôpital il a eu des épistaxis très abondantes.

Gonflement douloureux de la gaine des tendons fléchisseurs à droite, rien à gauche. Langue bonne. Pas d'albumine dans les urines: des carbonates et un peu de pigment seulement.

Le 26. Poulx à 60, très dépressible, céphalalgie, maux d'estomac, douleurs dans les mollets et les cuisses, surtout à droite où a reparu une éruption de même nature tellement confluyente que, par places, on a de véritables pétéchies. La température axillaire (on ne prenait que celle-là à cette époque) marque 39°. On prescrit au malade la limonade sulfurique.

30. Poulx à 73. Dans la soirée: céphalalgie, peau chaude, poulx à 88, température axillaire 40°.4, douleurs abdominales et céphalalgie intenses. Bruit de souffle au premier temps. Dans la journée, le malade a eu quelques taches nouvelles au bras gauche (face antérieure).

Le 2 mai, les taches ont pâli considérablement, cependant le malade a toujours de la céphalalgie.

Le 3 mai, apparition d'élevures rouge violacé, ressemblant aux papules de la variole, sur les jambes et les cuisses. Ces saillies sont tout à fait différentes d'avec les taches de la maladie primitive. Des élevures semblables se montrent à la face et sur le tronc, mais plus discrètes que sur les membres inférieurs, siège principal des plaques. Prurit intense.

3 mai. Ombilication manifeste des pustules décrites, faiblesse extrême des jambes, impossibilité de les soulever.

14 mai. Réapparition des taches de purpura, aussi confluentes qu'auparavant.

18 mai. Taches très foncées. On donne du perchlorure de fer et de la quinine.

19 mai. Les taches commencent à pâlir.

26 mai. Le malade demande sa sortie.

Quant aux éruptions purpuriques signalées dans le cours du rhumatisme articulaire subaigu, elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'admet ordinairement et nous en avons recueilli nous-même un assez grand nombre d'observations, que nous allons reproduire soit en abrégé, soit avec plus de détails suivant leur importance.

OBSERVATION IX.— Elle a trait à une jeune fille âgée de 25 ans, grande et robuste, née à la Chaux-de-Fonds (Suisse). D'un excellent tempérament, elle n'accuse pas d'antécédents pathologiques. Depuis quelques jours, elle est atteinte de douleurs articulaires assez intenses et présente aux genoux, aux coudes et au cou-de-pied droit, une éruption papulo-érythémateuse très rouge au début et qui passa successivement par toutes les teintes ordinaires aux épanchements sanguins. La malade fut traitée par le salicylate de soude et au bout de trois semaines elle était guérie.

OBSERVATION X.— Chez une autre jeune fille que nous vîmes en consultation avec le Dr Branche, les membres inférieurs, qui étaient le siège de douleurs rhumatismales des plus manifestes, se couvrirent tout à coup de nombreuses taches purpuriques qui disparurent au bout de quelque temps, vraisemblablement sous l'influence du traitement dirigé contre la diathèse rhumatismale et l'anémie qui en était la conséquence.

OBSERVATION XI.— *Rhumatisme articulaire subaigu avec taches purpuriques.*

Femme de 35 ans, dévideuse, née à Saint-Pierre-d'Albigny, entre le 25 septembre 1884, à l'hôpital Saint-Pothin, salle Sainte-Marie, n° 22.

Comme antécédents héréditaires elle nous dit que son père est mort à 58 ans d'une maladie de cœur, sa mère est morte à 52 ans d'une fluxion de poitrine. Elle a plusieurs oncles rhumatisants. Elle a perdu quatre enfants en bas âge dont un de la cholérine, un autre du croup.

Il y a vingt mois, la malade a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé, qui l'a tenue près d'un mois au lit. Il y a une quinzaine de jours, elle a commencé à ressentir des douleurs dans le genou gauche, douleurs qui la faisaient boiter mais ne l'ont pas empêchée de marcher. Dans la nuit de dimanche à lundi, il y a cinq jours par conséquent, son enfant âgé de 13 mois qu'elle était occupée à sevrer ayant été pris de convulsions, elle fut obligée de sortir et prit froid. Deux heures après, elle ressentit un grand mal de tête siégeant à la région occipitale et peu après des douleurs fulgurantes dans les mollets et des contractions involontaires dans les membres supérieurs. Cette céphalalgie et ces douleurs persistent encore actuellement, mais la douleur du genou a disparu. La pression pratiquée soit sur le genou, soit sur les mollets, n'est nullement douloureuse et il n'y a aucun point de tuméfaction appréciable. Au niveau des crêtes tibiales on constate deux ou trois taches jaunâtres, d'apparence ecchymotique, de forme irrégulière et de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. La malade dit qu'elle ne s'en est aperçue qu'il y a deux jours : à ce moment, elles offraient une teinte rougeâtre. D'autre part, au niveau de la région masséterine gauche on trouve une plaque rougeâtre irrégulière de 5 centimètres de diamètre environ, un peu surélevée, plus chaude que la peau avoisinante.

Depuis la première attaque de rhumatisme, la malade a fréquemment des palpitations : elle est facilement oppressée après un effort ou quand elle monte un escalier. Durant l'hiver dernier, elle a eu les jambes enflées pendant plu-

sieurs jours. Elle ne tousse pas et n'a jamais eu de rhumes de longue durée. Depuis le début de la céphalalgie, l'appétit est très diminué; la soif assez vive. Il y a un peu de constipation. La langue est fortement saburrale; les seins volumineux contiennent encore beaucoup de lait.

L'auscultation du poumon ne révèle rien d'anormal. Celle du cœur, gênée par le gonflement de la mamelle, permet d'entendre un léger bruit de souffle systolique à la pointe. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Après un court séjour à l'hôpital, la malade sort guérie.

Le fait suivant également recueilli dans notre service, a trait à la forme la plus atténuée. Quoique cette complication puisse être jugée comme presque insignifiante, nous avons pensé devoir la mentionner ici, comme pour montrer la gradation descendante des accidents.

OBSERVATION XII. — Catarrhe pulmonaire. Rhumatisme articulaire chronique. Purpura.

La nommée X..., ménagère, âgée de 62 ans, née à Oullins, entre le 2 juillet 1884, à l'hôpital Saint-Pothin, salle Sainte-Marie, n° 24.

Comme antécédents héréditaires, elle nous dit que son père est mort à 37 ans d'une fluxion de poitrine, et sa mère, qui toussait depuis longtemps, à l'âge de 59 ans. Sur onze frères et sœurs, elle en a perdu au moins trois d'affections tuberculeuses.

La malade est catarrheuse depuis une vingtaine d'années. Sa bronchite reparait au début de chaque hiver pour ne cesser qu'au moment des premières chaleurs. Depuis plusieurs années, la toux a amené un état de dyspnée fréquent. Enfin, depuis cinq ou six ans, la malade est sujette à des douleurs articulaires subaiguës qui ne lui laissent que de courts intervalles de répit : chaque accès dure de trois à quatre semaines. En ce moment, les épaules, les genoux et les articulations tibio-tarsiennes sont atteints. A leur niveau, on constate un gonflement léger, plus marqué du côté droit. Les mouvements communiqués sont assez faciles et médiocrement douloureux. C'est la marche qui est surtout pénible.

La malade ressent aussi quelques douleurs musculaires vagues du côté de la nuque.

L'appétit est assez bien conservé et les fonctions digestives s'exécutent bien. Ni constipation, ni diarrhée. La langue est toutefois assez fortement saburrale. Le pouls petit et régulier est à 25 au quart. En ce moment la malade ne tousse pas; elle n'a jamais eu de palpitations.

Le thorax présente un certain degré de voussure, cependant, en arrière et aux deux bases, on ne trouve pas de sonorité exagérée.

L'auscultation y fait entendre surtout à droite quelques râles sous-crépitants moyens rares et disséminés. Rien au cœur.

La malade présente sur les jambes quelques taches de purpura très manifestes. Elle nous dit de plus qu'elle s'est aperçue très fréquemment de l'existence d'une semblable éruption.

Il est impossible de ne pas reconnaître la relation intime entre l'éruption purpurique et le rhumatisme chronique dont cette femme est atteinte depuis plusieurs années. (Cette observation, ainsi que la précédente, a été recueillie par notre interne, M. J. Fochier.)

En résumé, nous avons rapporté une série de faits qui montrent d'une

manière indiscutable l'influence de la diathèse rhumatismale sur la production des hémorrhagies cutanées, puisque nous les avons observées dans les trois formes principales de ses manifestations. Il eût été d'ailleurs bien singulier que seules les hémorrhagies aient fait défaut alors que toutes les autres lésions élémentaires de la peau avaient été mentionnées par les auteurs comme pouvant être rattachées à cette diathèse.

(A suivre.)

II

DE L'ÉPITHÉLIOMA DÉVELOPPÉ SUR LE LUPUS VULGAIRE EN ÉVOLUTION,

par M. Paul RAYMOND, interne à l'hôpital Saint-Louis.

(Suite et fin.)

OBSERVATION XIII (personnelle). — Le nommé Léon T... âgé de 51 ans, charretier, entre le 12 janvier 1887 à l'hôpital Saint-Louis, service de M. le Dr Vidal.

Aucune maladie antérieure.

Engelures vers 10 à 12 ans. Pas de scrofule. Pas de rhumatisme. Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme. Pas d'impaludisme.

Le père est mort à 87 ans.

La mère est encore vivante et se porte bien.

On ne trouve aucun antécédent cancéreux dans la famille.

Vers l'âge de 12 ans, il aurait eu une affection des yeux de nature indéterminée. Les paupières étaient gonflées et il resta, dit-il, environ six semaines sans voir. Il fut alors traité, et pendant toute l'année il aurait eu de l'inflammation des conjonctives en même temps que de l'écoulement des yeux.

C'est à cette époque que le malade vit survenir au pourtour du nez, au-dessous du bord inférieur de l'orbite de chaque côté, des points rouges qui se recouvraient de petites squames sèches. Pendant l'été, l'affection disparaissait, mais aux premiers froids les rougeurs revenaient : il se faisait de légères excoriations et il survenait un peu d'écoulement avec quelques croûtes jaunes, tandis qu'en été il n'y avait que quelques petites squames sèches blanches.

Vers l'âge de 20 ans, le lupus gagnant le lobule du nez, le malade arrachait les croûtes qui se formaient : il en résultait des ulcérations, et vers l'âge de 22 ans le lobule du nez et la sous-cloison avaient disparu. Le lupus n'aurait envahi les joues que très lentement de 15 à 25 ans et de la même façon que ci-dessus.

On donna au malade des médicaments, mais on ne lui fit aucun traitement local. L'affection continua à s'accroître de 30 à 40 ans, envahit la région sourcilière gauche, puis depuis 2-3 ans la région correspondante du côté droit.

L'affection continue à progresser lentement et depuis deux ans le lobule de l'oreille droite est envahi, ainsi que la partie postérieure de cette oreille. La gauche est indemne, ainsi que le cou.

La lésion s'arrête, en effet, au bord inférieur de la mâchoire.

Sur tous ces points et surtout aux limites de la lésion, on trouve des plaques constituées par des tubercules de lupus, saillants, d'un rouge brun,

de la dimension d'une lentille, recouverts de petites squames et surtout de croûtes jaunes sèches.

Sur les joues, on voit des points cicatriciels lisses d'un blanc rosé et au centre ou autour d'eux on retrouve des tubercules de couleur sucre d'orge se dilacérant facilement avec une aiguille.

Sur la joue droite notamment, on trouve un espace cicatriciel d'environ 4 centimètres et demi sur 3 centimètres de large avec de fines vascularisations et autour de ce point de petits tubercules qui sont le siège d'une ulcération superficielle et recouverts de croûtes jaunes sèches au-dessous desquelles il y a un léger écoulement séro-purulent.

Sur la lèvre inférieure et le menton, bien que le malade prétende n'avoir jamais eu de lésions aux lèvres, on retrouve des points d'apparence cicatricielle et sur lesquels la barbe manque. Il en est de même sur la partie latérale droite de la lèvre supérieure, mais on y retrouve encore des tubercules du lupus en pleine activité.

Sur le plus grand nombre des tubercules, on voit des croûtes sèches parfois ostréacées : en d'autres points, sur l'oreille notamment les tubercules sont assez profondément ulcérés et recouverts de croûtes brunâtres.

De même sur la joue gauche on retrouve des tubercules ulcérés. A peu près au centre de cette joue, se trouve une croûte dure, cornée, qui se détache d'un coup et au-dessous de laquelle le derme est rouge et saignant. L'examen microscopique montre en cet endroit des cellules de lupus, les unes arrondies, les autres fusiformes, mais pas de cellules cancéreuses. Toutefois l'épithélioma dont est atteint le malade et qui siège sur la lèvre supérieure a commencé de la même façon par une croûte sèche d'apparence cornée.

Le malade raconte qu'il y a deux ans existaient à la partie latérale gauche de la lèvre supérieure deux petits boutons recouverts de croûtes dures, semblables aux précédents. Il les écorcha volontairement avec le rasoir : il en résulta une petite plaie qui au lieu de guérir s'étendit peu à peu sur ses bords.

Un médecin cautérisa ces surfaces au nitrate d'argent et à différentes reprises. La plaie s'agrandit encore, puis au bout d'un an devint végétante.

En même temps elle était le siège de douleurs lancinantes et, lorsque les végétations apparurent, la plaie qui d'abord ne suppurait pas, devint le siège d'un écoulement fétide.

Autour des masses végétantes, il y avait de nombreux petits boutons qui par la pression donnaient issue à un dépôt jaune à demi solide.

Pendant un an les végétations ne s'accrurent pas trop rapidement, mais depuis deux mois la lésion a fait des progrès rapides et on constate actuellement la lésion suivante.

Sur la lèvre supérieure dans toute sa partie latérale gauche, dépassant à droite la ligne médiane et à gauche s'étendant à 2 centimètres environ de la commissure et un peu au-dessous d'elle, on trouve une masse épithéliomateuse formée de deux groupes qui sont séparés par un sillon médian. Celui qui est situé au dessus de l'orifice des fosses nasales s'étend de cet orifice au bord libre de la lèvre et atteint le volume d'une petite noix. L'autre masse cancéreuse à la partie externe de la lèvre est constituée par des végétations de volume variable.

Le bord libre des lèvres, leur face postérieure sont envahis par la dégénérescence cancéreuse. L'épithélioma s'étend jusqu'au maxillaire supérieur

qui n'est pas envahi, mais on ne peut passer le doigt entre l'os et la tumeur.

Sur la face postérieure de la commissure, on voit une ulcération bourgeonnante à fond sanieux.

Toute cette tumeur est noirâtre croûteuse et secrète du pus extrêmement fétide. Elle est douloureuse à la pression. Spontanément elle est le siège d'élancements.

Les ganglions sous-maxillaires à gauche sont un peu tuméfiés. Pléiade dure, roulant sous le doigt de petits ganglions qui ne dépassent pas le volume d'un gros pois.

Sur un point, le bord libre de la lèvre supérieure est détruit et l'on aperçoit l'arcade dentaire.

L'état général du malade est satisfaisant. Sauf un peu d'athérome, on ne constate pas de lésion viscérale. Pas de tuberculose pulmonaire. Rien dans les urines. Passage en chirurgie le 21 janvier.

Le malade a été opéré par M. le Dr Félizet. L'examen histologique de la tumeur est absolument identique à celui des observations précédentes. Il s'agit d'un épithélioma lobulé développé aux dépens du corps muqueux de Malpighi.

OBSERVATION XIV (due à l'obligeance de M. le Dr Péan, communiquée par notre collègue Charles). — Le nommé Joseph H..., âgé de 65 ans, entre à Saint-Louis le 5 avril 1886. Son père est mort de paralysie à 74 ans. Sa mère est morte d'un cancer du pylore.

Sa santé générale a toujours été satisfaisante. On ne trouve dans ses antécédents ni rhumatisme, ni syphilis, ni tuberculose, ni aucune autre maladie générale.

Lupus ayant apparu à l'âge de 14 ans, sur la face dorsale des deux mains : celui de la main gauche s'est cicatrisé depuis deux ans environ et depuis la même époque le lupus de la main droite se serait transformé en une ulcération végétante qui se serait progressivement étendue à la plus grande partie de la face dorsale de la main.

État actuel : sur la main gauche, on reconnaît nettement les traces d'un lupus cicatrisé qui avait envahi la face dorsale de la main, du pouce et d'une partie isolée de l'index : en ces endroits, la peau est fine, blanchâtre, parsemée de croûtes et de petits tubercules. Les limites de ces lésions sont très irrégulières.

Sur la main droite, on constate des végétations d'une couleur rosée : la tumeur est ulcérée par places et a envahi la moitié externe de la face dorsale de la main, la commissure du pouce et de l'index, la première phalange de l'index, sauf au niveau de sa face palmaire et la face dorsale de la première phalange du médius. Des végétations ulcérées s'écoule un liquide fétide ; elles saignent facilement. Certaines portions de la peau de la face dorsale de la main présentent des traces de cicatrice qui ne sont pas encore envahies par les masses végétantes.

Les ganglions axillaires sont peu développés. Le malade souffre peu. État général satisfaisant.

Diagnostic. Épithéliome de la main s'étant développé sur un lupus tuberculeux.

Le malade refuse l'opération et quitte l'hôpital.

Moulage au musée de l'hôpital Saint-Louis. Collection de M. le Dr Péan.

(Nous pouvons compléter ainsi cette observation : le malade a été amputé

de la main au mois d'août 1886, l'épithéliome ayant alors une marche rapidement envahissante. Il est actuellement atteint du diabète.

OBSERVATION XV (due à l'obligeance de M. Ernest Besnier). — D..., Noémie, 33 ans, couturière, entre, le 24 mars 1884, à l'hôpital Saint-Louis, salle Gibert, service de M. Ernest Besnier.

Cette malade lui est adressée par un honorable confrère de province pour être traitée d'une tumeur fongueuse développée sur un lupus ancien du visage, généralisé, et en grande partie cicatrisé. La tumeur occupe la joue droite; elle s'est développée en quelques mois malgré des cautérisations répétées avec le thermocautère. Il n'a pas été possible de préciser si la tumeur secondaire existait déjà au moment où ont été commencées les cautérisations, mais cela est probable.

Quand la malade est entrée dans la division de M. Ernest Besnier, l'épithéliome avait déjà atteint les parties profondes et était inopérable. Il a été fait quelques tentatives de répression à l'aide des flèches de Canquoin, mais pour satisfaire aux demandes de la malheureuse patiente, plutôt que dans l'espérance d'un succès vraiment irréalisable.

— La lésion est représentée dans le musée de l'hôpital Saint-Louis par la pièce portant le n° 981. — Au moment de la mort de la malade, la tumeur avait triplé de volume, oblitérant complètement la cavité oculaire, et une partie de la bouche. — Immédiatement à côté de l'épithéliome, le lupus végétait avec tous ses caractères propres. Aucun autre point de la face n'est devenu le siège d'une altération épithéliomateuse.

Voici le résumé de l'observation :

Père vivant, 75 ans, bien portant.

Mère vivante, 66 ans, n'a fait aucune maladie sérieuse, mais souffre de l'estomac depuis longtemps.

Chez la malade, aucune maladie antérieure, sauf la fièvre typhoïde à l'âge de six ans.

Réglée depuis l'âge de 10 ans et toujours régulièrement.

Début du lupus à l'âge de 6 ans par un petit bouton situé sur la lèvre supérieure au-dessous de la sous-cloison. Extension presque continue jusqu'à 16 ans. Dès le début, un traitement a été fait et a consisté en applications de pommades dont quelques-unes paraissent avoir été caustiques. A 16 ans, séjour de 3 mois dans le service de M. le D^r Lailler [application de pommade mercurielle (?)].

État actuel. On constate sur la figure des lésions en voie d'évolution et des cicatrices de lésions anciennes.

Les ailes du nez sont détruites et de chaque côté de la cloison on aperçoit les orifices des narines rétrécis offrant le diamètre d'une plume d'oie.

La peau sur ces parties ainsi que sur la lèvre supérieure est lisse blanche, d'aspect cicatriciel. La lèvre supérieure présente une adhérence intime avec les gencives.

La lèvre inférieure est renversée en bas et déviée du côté droit.

L'ouverture de la bouche est limitée sur les cicatrices des commissures.

A la partie inférieure du menton, on trouve une vaste cicatrice étoilée.

La joue droite est le siège d'une tumeur quadrangulaire de la largeur de la paume de la main qui s'étend depuis le bord antérieur de l'oreille jusqu'à un centimètre de la commissure des lèvres. Elle est bordée par un bourrelet induré; les bourgeons qui la constituent sont durs; ces fongosités rouges sécrètent un peu de pus. Cette tumeur daterait de trois mois.

Le lobule de l'oreille droite est épaissi, rougeâtre, molasse et recouvert de squames.

La joue gauche est occupée par une surface à bords irréguliers, molle au toucher, de couleur rouge orange, recouverte de quelques tubercules saillants et de croûtelles blanchâtres.

Au milieu de la joue, on remarque une croûte grisâtre entourée d'une zone cicatricielle. Lésions analogues sur les sourcils, les parties latérales du nez, la paupière supérieure gauche.

État général satisfaisant. Rien à l'auscultation. Ni hémoptysie, ni sueurs nocturnes. Mais depuis 3 mois amaigrissement.

Urine normale.

Au mois d'avril, survint un gonflement inflammatoire autour de la surface ulcérée, au niveau de la région malaire droite, gonflement accompagné de douleur, mais sans phénomènes généraux et qui disparut en quelques jours.

Au mois d'août 1885, l'état de la malade était le suivant :

La tumeur est actuellement ainsi délimitée : elle commence en arrière et inférieurement au-dessous du lobule de l'oreille qu'elle soulève. Plus haut, son bord suit le bord antérieur du lobule, puis empiète sur le tragus et l'antitragus, cachant complètement l'orifice du conduit auditif externe. Puis il s'éloigne laissant complètement libre la partie supérieure de l'oreille, gagne la région temporelle en suivant la limite des cheveux, respecte à peu près la région frontale pour gagner la commissure externe de l'œil. Elle contourne les deux paupières simplement œdématisées, puis au-dessous de la paupière inférieure occupe toute la moitié de la face jusqu'à la bouche. Inférieurement elle s'arrête sur le trajet d'une ligne allant de la commissure labiale à l'angle du maxillaire inférieur.

Surface rouge bourgeonnante et saignante.

Bords faisant une saillie d'environ un centimètre sur les parties voisines.

Ganglions. La région parotidienne droite est le siège d'un empatement diffus paraissant dû à l'engorgement ganglionnaire. Au-dessous, les ganglions de la région sterno-mastoiïdienne forment une chaîne ininterrompue que l'on sent facilement et qui s'étend jusqu'au triangle sus-claviculaire, mais le plus gros ne dépasse pas les dimensions d'une petite amande.

L'examen des poumons dénote aux sommets une tuberculose à sa première période.

Dans le courant de l'année 1885, on peut noter la marche envahissante de l'affection cancéreuse et les progrès de la cachexie.

Voici, pour l'année 1886, les renseignements qui m'ont été fournis par mon collègue Jacquet.

Février 1886. La prolifération de la masse cancéreuse continue en formant sur différents points des cratères phlegmoneux. Sur plusieurs points de la tumeur, on fait par la pression sourdre du pus en assez grande abondance.

Les hémorrhagies qui avaient été notées dans les mois précédents ne se sont pas reproduites.

1^{er} juin. Depuis le mois dernier, la malade s'est considérablement affaïssée. Il n'y a pas d'extension très marquée du néoplasme vers les parties voisines; mais l'état général est de plus en plus mauvais.

Il s'est fait à plusieurs reprises des hémorrhagies à la surface de la tumeur : une d'elles a laissé la malade très affaiblie et presque exsangue.

Râles fins et matitiés dans toute l'étendue du poulmon droit.

Oedème des membres inférieurs.

10 juin. Progrès de la cachexie et de l'oedème. Alimentation presque impossible. Mort le 11 juin 1886.

Autopsie. Poumons : infiltration oedémateuse et hépatisation du poumon droit dans toute sa hauteur : congestion et oedème du poumon gauche. Aux deux sommets, on trouve 3 ou 4 masses grisâtres grosses comme des noisettes, fibro-caséuses avec quelques granulations isolées, grises et dures autour d'elles.

Au sommet droit, outre les masses fibro-caséuses, cicatrice déprimée d'où partent des tractus fibreux, fortement pigmentés, irréguliers présentant des nodules crétiifiés.

Dans les autres viscères on a trouvé des lésions de différente nature, mais pas de noyaux cancéreux.

De toutes ces observations, il nous semble possible de tirer un certain nombre de déductions cliniques :

1° L'épithélioma qui survient sur le lupus en activité est une complication, somme toute, assez rare. Cependant, depuis que l'attention est attirée sur ce sujet, les observations semblent se multiplier, notamment en Allemagne.

Il est probable qu'on a parfois confondu sous le nom de lupus vorax des faits de cet ordre : c'est ainsi que nous avons eu l'occasion d'examiner une pièce pour laquelle un lupus vorax avait été diagnostiqué et qui était en réalité un épithélioma développé sur un lupus préexistant.

2° L'épithélioma se développe sur le lupus tuberculeux, principalement sur le lupus de la face. Les points d'élection sont par ordre de fréquence et à peu près également le lupus de la joue et celui du nez (on remarquera que la joue droite est le plus souvent atteinte). Mais le cancroïde peut aussi se greffer sur le lupus des membres et du cou ainsi qu'en témoignent les observations de MM. Kaposi, Lailler, Péan et notre observation II par exemple.

3° L'épithélioma ne se développe ni sur le lupus de l'enfance ni sur celui de l'adolescence. On l'a rencontré depuis l'âge de 23 ans (Lang) jusqu'à l'âge de 69 ans (Langenbeck). De 20 à 40 ans, les cas sont rares. Ils deviennent plus fréquents de 40 à 50 ans et c'est de 48 à 60 ans, l'âge du cancer, qu'on les rencontre le plus souvent.

4° Il paraît être plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

5° Il survient principalement sur des lupus anciens, mais ce n'est pas là une règle absolue. On en a vu qui se développaient sur des lupus qui ne dataient que de quelques années ou même de quelques mois (Schütz).

6° Tantôt le lupus préexistant est non exedens avec ou sans cicatrice centrale ; tantôt il est exedens et quelquefois alors l'épithélioma paraît pouvoir se développer directement sur une des ulcérations dont les granulations de nature lupique sont remplacées par des bourgeons de

nature cancéreuse. Ces faits répondent à la forme ulcéreuse de M. Vidal.

7° L'épithélioma peut survenir et c'est là un point important sur un lupus quel qu'ait été le traitement qu'on lui a opposé antérieurement et même sur un lupus qui n'a jamais été traité (Obs. Kaposi).

M. le Dr E. Besnier signale également ce fait. Il se demande en outre si, dans certaines conditions, la cautérisation au thermocautère, au cas où elle ne suffirait pas à détruire le lupus, ne pourrait pas favoriser le développement d'un épithélioma. Voici d'ailleurs on quels termes s'exprime l'éminent dermatologiste de Saint-Louis (1) à propos de la malade qui fait le sujet de notre observation XV et qui avait été traitée par des cautérisations profondes au thermocautère avant d'entrer à l'hôpital Saint-Louis : « On pourrait se demander si l'irritation ignée n'a pas favorisé l'activité de cette production ; mais il est évident qu'elle ne l'a pas provoquée *ipso facto* et je puis assurer (avec d'autres dermatologistes) avoir vu la même prolifération épithéliale envahir les surfaces lupiques complètement abandonnées à elles-mêmes. »

Quelle est donc la marche d'une telle complication ?

Nous emprunterons au Traité de Pathologie cutanée encore inédit de MM. Vidal et Leloir la description suivante qu'en donne notre savant maître :

« Exceptionnellement le lupus tuberculeux peut se compliquer d'épithélioma. Cette néoplasie peut revêtir deux formes : 1° la forme végétante ; 2° la forme ulcéreuse. Cette dernière est la plus rare.

« 1° Forme végétante. Après avoir présenté pendant des années ses caractères distinctifs, le lupus change d'aspect. On voit se produire à sa surface une sorte de tumeur arrondie, d'un rouge assez pâle, fongueuse, hémisphérique, ressemblant à un champignon, pouvant même être un peu pédiculée à sa surface, assez inégale et fendillée, dure et secrétant un ichor fétide. Elle s'accroît avec rapidité, arrive en peu de temps à constituer la saillie que nous venons de décrire et envahit d'autre part les tissus voisins et sous-jacents.

« 2° Forme ulcéreuse. Dans ces cas beaucoup plus rares, l'ulcération lupique change de caractère. Elle se sèche : d'indolente qu'elle était elle devient douloureuse : la croûte s'amincit, tombe et découvre une surface saignant au moindre contact, dont les bords mollasses se modifient, s'indurent même. Dans ces bords, on voit des points grisâtres formant comme des cordons perlés. L'ulcération s'étend en surface, en même temps qu'elle creuse en profondeur et bientôt on constate son adhérence aux tissus profonds.....

« La marche de ces cancroïdes greffés ainsi sur le lupus est remarqua-

(1) E. BESNIER. Les nouveaux traitements du lupus (in *Annales Dermatol.* 1884, p. 404).

blement plus rapide que celle des épithéliomas primitifs. Je n'ai pas observé et je ne connais pas d'exemple de cette complication sur un lupus érythémateux. »

A propos de la rapidité de la marche, Lang fait remarquer que le cancer envahit plus facilement et plus rapidement des tissus déjà ramollis par le lupus. La concomitance du lupus et du carcinome, dit-il, provoque des destructions d'autant plus rapides que la vitalité déjà minime des cellules cancéreuses est encore amoindrie par la pauvreté du stroma sur lequel elles se développent (1).

Nous ferons également observer que ce sont généralement des épithéliomas lobulés dont la marche offre on le sait une tendance envahissante bien plus marquée que les épithéliomas tubulés.

Lorsqu'un épithélioma apparaît ainsi sur un lupus, le malade succombe dans l'espace de quelques mois soit par cachexie soit à la suite d'une affection intercurrente qui peut elle-même venir compliquer l'épithélioma. Aussi, lorsqu'une semblable affection est reconnue, faut-il intervenir vite et largement. Encore devra-t-on souvent compter avec la récurrence.

Avant d'examiner comment un épithélioma se développe sur un lupus, il importe de signaler quelques causes d'erreur ou quelques processus pathologiques qui pourraient en imposer pour de l'épithélioma lorsqu'on examine au microscope diverses préparations de lupus.

En 1873, dans une revue critique sur l'anatomie pathologique du lupus, Homolle, étudiant les relations du lupus et de l'épithélioma, indique les causes d'erreurs qui peuvent tenir à une interprétation fautive de certaines coupes microscopiques (2). Il est d'ailleurs assez facile de les éviter et nous ne croyons pas qu'elles doivent nous arrêter.

Friedländer a montré qu'une couche stratifiée d'épithélium peut recouvrir les ulcérations du lupus : elle proviendrait de l'épithélium ancien de l'épiderme ou des cellules des follicules pileux et n'aurait aucun rapport avec la guérison. Tandis que la vraie guérison dépend de la formation de granulations avec vaisseaux qui se transformeront en tissu fibreux ; cette formation épithéliale au contraire est primitive et indépendante de l'action ultérieure des tissus sous-jacents.

Elle peut néanmoins envoyer des ramifications jusque dans le tissu de granulation où elles s'anastomosent en tous sens, imitant ainsi très exactement l'apparence histologique que l'on trouve dans les jeunes productions cancéreuses. Le diagnostic du cancer à son début ne peut donc pas se faire par l'aspect microscopique seul.

(1) LANG. *In Annales de Dermatologie*, t. 7, p. 73.

(2) HOMOLLE. *Archives de médecine*, 1873, t. 1, p. 335.

Il existe enfin deux formes de lupus qui au point de vue histologique pourraient dans certains cas faire croire à un cancéroïde.

C'est d'abord le lupus scléreux : « Il faut faire des coupes profondes, disent MM. Vidal et Leloir (1), pour retrouver les flots et l'infiltration par cellules embryonnaires et les lésions vasculaires caractéristiques de la texture du lupus. Une coupe superficielle pourrait induire en erreur par sa ressemblance avec l'épithélioma. » On voit en effet dans ces lupus scléreux une prolifération parfois considérable du réseau de Malpighi, simulant dans quelques cas un cancéroïde à son début.

C'est en second lieu cette forme à laquelle les Allemands ont donné le nom de lupus épithéliomatoïde voisine de la précédente avec laquelle elle paraît même devoir être confondue ; elle simule au microscope un épithéliome enté sur un lupus, mais elle différerait en clinique de cette complication cancéreuse.

Qu'est-ce donc que le lupus épithéliomatoïde ?

En 1872, Busch a décrit sous ce nom une variété de lupus surtout fréquente aux extrémités, mais qui coïncide toujours avec les tubercules ordinaires du lupus sur d'autres points du corps (2).

Les premières manifestations de cette forme, semblables à des verrues sont constituées par une hypertrophie papillaire avec développement parfois excessif de la couche cornée. La lésion peut prendre les caractères d'un papillome végétant ou gagner les tissus sous-jacents et s'y substituer. Les cellules de nouvelle formation offrent alors le même aspect que dans l'épithélioma : on y trouve même des globes épidermiques. Mais, si une telle lésion ne peut être que difficilement différenciée au microscope de l'épithélioma, il n'en serait pas de même en clinique. Busch signale l'absence ganglionnaire, la longue durée du processus, la facilité de la cicatrisation et la bénignité relative du pronostic.

Martin est revenu sur cette question en 1877 (3), mais c'est au travail de Schütz paru en 1885 (4) que nous emprunterons une observation, laquelle montrera ce qu'il faut entendre sous le nom de lupus épithéliomatoïde.

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans ayant eu dans son enfance des manifestations scrofuleuses.

Plus tard, la glande qui avait suppuré se développa de nouveau et dans l'épaisseur de la peau se montrèrent de petits nodules qui s'ulcérèrent et donnèrent naissance aux lésions actuelles.

(1) VIDAL et LOIR. *Anat. pathol.* du lupus (*Société de biologie*, 18 septembre 1882).

(2) BUSCH. *Archiv für klinische chirurgie*, 1872, t. 15.

(3) MARTIN. *Viertelj. für Dermat.* 1877.

(4) SCHÜTZ. *Loc. cit.*

Il y a 4 ans, formation sur la main droite d'un petit noyau. Peu à peu les nodules primitifs s'ulcérèrent : de nouveaux se formèrent et la maladie s'étendit ainsi à toute la face postérieure de l'avant-bras. On trouve à l'entrée que la main et l'avant-bras sont recouverts de petits flocs, constitués par des tumeurs molles les unes déjà cicatrisées, les autres ulcérées, sécrétant du pus sanieux. Ces tumeurs forment une légère saillie.

L'examen de l'une d'elles montre la structure d'un lupus type.

En certains points les prolongements interpapillaires s'élargissent, deviennent confluent et déterminent ainsi une formation considérable de couches de cellules épithéliales.

Dans l'épaisseur de ces couches on voit soit isolés, soit réunis en groupes, des nids de grosses cellules épithéliales tels qu'on les rencontre, dit-il, dans le carcinome.

A mesure qu'on avance vers le centre de la tumeur on voit le corps muqueux augmenter d'épaisseur, présentant une dichotomisation des prolongements interpapillaires, lesquelles contiennent à leur partie centrale une perle épithéliale.

On arrive enfin en un point où ces bourgeons se confondent avec le tissu du derme présentant une délimitation irrégulière.

« Quoique cette tumeur, dit Schütz, appartienne histologiquement au carcinome, la malignité clinique fait défaut. Ce lupus épithéliomatoïde ne se comporte pas différemment d'un lupus ordinaire et il guérit à la suite de grattages réitérés. »

Les auteurs que nous venons de citer sont d'accord sur ce fait que le lupus épithéliomatoïde est relativement bénin et qu'il évolue non comme un carcinome, mais bien comme un lupus.

En résumé, il faut être prévenu qu'il existe une forme de lupus analogue au lupus scléreux qui peut en imposer histologiquement pour de l'épithélioma. Cette forme paraît répondre soit à un papillome corné, soit à un état intermédiaire entre ce dernier et l'épithélioma vrai. La vitalité des cellules de nouvelle formation, la rapidité de développement des globes épidermiques semblent donner la raison des différences cliniques.

Nous devons à l'obligeance de M. Schütz quelques renseignements complémentaires sur le lupus épithéliomatoïde. « Celui-ci n'est autre que le lupus papillomateux dont les prolongements du réseau de Malpighi ont végété en s'étendant en largeur et dont les cellules situées au milieu des couches épithéliales les plus denses se kératinisent et se transforment en perles épithéliales, tandis que dans l'épithélioma vrai on trouve au milieu des granulations lupiques des cellules cancéreuses disséminées, molles, protoplasmiques dont l'activité vitale se manifeste par la

coloration pâle ainsi que par la division des noyaux et l'état granuleux du protoplasma. »

Ces causes d'erreur dans l'interprétation des faits étant signalées, que constate-t-on dans la majorité des cas lorsqu'on examine au microscope une semblable lésion ?

Il est bien établi d'abord que les éléments du lupus ne se transforment pas directement en éléments cancéreux. Il ne s'agit pas ici de transformation de tissus, mais bien d'une substitution d'un tissu pathologique à un autre tissu également pathologique : les cellules de l'épithélioma prennent la place des granulations du lupus.

Sur une coupe qui intéresse à la fois la tumeur et les parties voisines, on trouve, ainsi que cela résulte des observations de Kaposi, de Winternitz, des trois nôtres par exemple, les dispositions suivantes :

Sur la peau voisine de la tumeur, on trouve l'épiderme normal ou à peu près : le derme est infiltré de granulations lupiques se développant comme c'est la règle à la périphérie des vaisseaux et présentant ou non des cellules géantes.

A mesure qu'on se rapproche de la tumeur, les prolongements interpapillaires augmentent ; ils s'accroissent dans toutes les dimensions, envoient dans le derme des prolongements en massue qui se dichotomisent ; puis ceux-ci donnent naissance à des bourgeons secondaires au milieu desquels on aperçoit çà et là une perle épithéliale.

En avançant vers le centre de la tumeur, on voit ces masses épithéliales prendre une importance plus considérable encore. Elles s'accroissent en largeur et en profondeur et finissent par occuper tout le champ de la préparation. Mais nous n'avons pas trouvé ces prolongements dont parle Kaposi (1) et qui seraient formés par les cellules des glandes sudoripares et des gaines de la racine des poils allant à la rencontre des bourgeons du corps muqueux.

On voit alors au milieu de ces cellules épithéliales, polyédriques, irrégulières, vivement colorées, essentiellement vivantes, toutes les transitions du processus de kératinisation. Les cellules polyédriques s'aplatissent, formant alors des couches concentriques qui entourent une perle épithéliale au centre de laquelle se montrent de petites cellules pâles dont les noyaux sont encore colorés par le picro-carmin ; d'autres fois ce sont des globes épidermiques avec leurs trois couches de cellules et au niveau desquels la couche d'éléidine en certains points conservée entoure des cellules cornées exclusivement colorées par l'acide picrique.

Tout autour de ces masses épithéliales, le stroma est formé par les granulations du tissu lupique.

(1) KAPOSI. *Traité des maladies cutanées*, t. II, p. 275.

Dans tous ces cas, en un mot, le cancer paraît s'être développé sur le lupus aux dépens du corps muqueux, comme se développe l'épithélioma primitif de la peau, l'épithélioma des cicatrices, l'épithélioma des lésions antérieures banales (préparation particulière sur nævus de la joue par exemple).

Il est un fait sur lequel on ne saurait trop insister et qui semble donner la raison de cette transformation. On voit dans certains cas les granulations lupiques déterminer dans les cellules du corps muqueux un processus d'irritation : ces cellules tendent alors à proliférer et les prolongements interpapillaires devenus plus volumineux s'enfoncent alors dans le derme à des distances variables affectant la forme de doigts de gant ou même se ramifiant. Ce serait là le premier stade ou phase papillomateuse de l'épithélioma dont le développement va dépendre de la vitalité plus ou moins grande des masses épithéliales de nouvelle formation.

Il paraît cependant exister des cas dans lesquels l'épithélioma se développe aux dépens des glandes sébacées. M. Bidault en signale deux, mais la partie anatomo-pathologique de sa thèse est un peu écourtée et l'on ne peut guère apprécier exactement les phases de ce développement.

Est-il enfin permis de se demander pourquoi un épithélioma se développe sur un lupus ?

Est-ce une simple coïncidence, ainsi que le pense Bulkley ?

L'épithélioma n'est-il qu'une forme profonde du lupus, ainsi que l'ont soutenu Orth en 1875 et quelques dermatologistes américains en 1883 ? La marche et l'analyse des faits montrent ce que de telles opinions ont de peu vraisemblable.

L'épithélioma greffé sur lupus n'est-il pas plutôt un de ces néoplasmes hybrides si magistralement étudiés par M. le professeur Verneuil ?

S'agit-il ici de cancer développé sur une tuberculose locale ? Le fait est possible, mais encore sujet à contestation.

Pourquoi, d'autre part, tel malade atteint de lupus verra-t-il son affection se transformer en cancer, tandis que tel autre sera à l'abri d'une pareille complication ?

Nous nous contenterons d'exposer ici les éléments du problème : l'histologie démontre qu'autour d'un tubercule lupique les éléments épithéliaux du corps muqueux tendent à une prolifération rapide et abondante. Dès lors, l'épithélioma qui est consécutif au lupus n'est-il qu'une lésion vulgaire qui se développe en ce point au même titre que sur toute autre lésion irritative ? ou bien et plutôt le lupus ne serait-il pas, suivant les idées de M. Verneuil, un *locus minoris resistentiæ* sur lequel viendra agir une cause déterminante telle que l'hérédité cancéreuse ? Dans plusieurs observations on trouve en effet signalés les antécédents arthritiques ou directement cancéreux.

REGUEIL DE FAITS.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE. — HÉRÉDITÉ PATERNELLE.

Par **L. Riocreux**.

(Observation recueillie dans le service de M. le professeur **FOURNIER**,
à l'hôpital Saint-Louis.)

Le 8 janvier 1887, est amenée à la consultation de M. le professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, la nommée J. T., âgée de 7 ans 1/2.

Cette enfant porte à la partie supérieure de la région antéro-externe de la jambe gauche, au niveau de la tubérosité antérieure du tibia, une ulcération circulaire du diamètre d'une pièce de 5 francs en argent. Les bords surélevés, taillés à pic, sont entourés d'une zone érythémateuse de 5 millimètres environ. Le fond inégal, anfractueux, est sec, par suite de l'absence de pansement. Sur le pourtour de l'ulcération se voient quelques pustules. Un peu au-dessus et en dehors, coïncidant à peu près avec la tête du péroné, on remarque une tuméfaction rouge, douloureuse à la palpation et très nettement fluctuante.

Cette ulcération date d'un mois. Elle a été précédée d'une tuméfaction analogue à celle que nous constatons aujourd'hui sur la tête du péroné. Cette gomme elle-même a débuté il y a environ cinq mois. Depuis plusieurs années l'enfant se plaignait de douleurs dans la jambe et le genou gauches.

Les parents nous apprennent que, dans le courant de l'année dernière, un bouton, ressemblant à un furoncle, se montra sur la face antérieure de l'avant-bras gauche, à la partie inférieure. On trouve, en effet, en ce point une cicatrice peu étendue et fortement pigmentée.

A cela se borne l'histoire pathologique de l'enfant, si l'on y ajoute un abcès survenu pendant la période de la dentition sous le menton; abcès dont la cicatrice ne présente ni configuration ni couleur caractéristique. Quelques convulsions, d'ailleurs légères, furent notées à la même époque.

La petite malade est pâle et frêle, de teinte anémique. Elle ne présente, sur le corps, ni macules ni cicatrices, pas plus aux lombes que dans toute autre région. La dentition, sans être régulière, n'offre pas de disposition susceptible d'aider au diagnostic.

Le père, mécanicien, âgé de 33 ans, est un homme robuste, qui présente tous les dehors de la santé.

Il a eu la syphilis à 21 ans et en a été soigné à l'hôpital du Midi.

On constata alors l'existence de deux chancre indurés sur le prépuce. La roséole, les plaques muqueuses (qui ont même persisté longtemps dans la bouche) se manifestèrent ensuite. Après un séjour d'un mois à l'hôpital, où il prit des pilules de protoiodure, il rentra chez lui et abandonna tout traitement. Cependant tous les ans, au printemps, il prend une quantité d'iodure de potassium qu'il évalue à 20 grammes et en fait même absorber à sa femme et à son enfant.

Aucun accident imputable à la syphilis n'est survenu depuis, sauf à la jambe, une plaie qui a été longue à se cicatriser et a laissé une cicatrice pigmentée. — Aucune autre maladie. — Il n'a pris le lit qu'une fois, à la suite d'un accident de chemin de fer. Tombé de sa machine sur la voie, il a été traîné à terre et a eu le dos profondément entaillé. Une cicatrice large et profonde occupe toutes les régions dorsale et lombaire.

Enfin à 23 ans, c'est-à-dire deux ans après le début de sa syphilis, il se mariait.

La mère est assez forte, mais anémique. Elle n'a jamais été malade avant ses premières couches. Sa seule maladie a été un rhumatisme articulaire survenu six semaines après la naissance de deux jumeaux. Ce rhumatisme a dû s'accompagner de manifestations endocardiques; car, depuis cette époque, cette femme se plaint de palpitations et d'essoufflement, et l'on entend à la pointe un souffle au second temps.

Elle a eu deux grossesses et pas de fausses couches.

La première s'est terminée par la naissance de deux jumeaux venus avant terme à 7 mois $1/2$. Ni l'un ni l'autre n'ont présenté de boutons d'aucune sorte sur le corps; mais ils étaient très faibles et sont morts athrepsiques, à trois jours d'intervalle, six semaines plus tard.

La seconde grossesse, après trois ans de mariage, s'est terminée par la naissance de notre petite malade.

Le doute n'était pas permis en face de la lésion qui se présentait à nous. C'était manifestement une lésion syphilitique résultant, suivant toute probabilité, d'une gomme semblable à celle que nous voyions évoluer sous nos yeux. Elle présentait, en effet, tous les signes des ulcérations spécifiques, qui sont orbiculaires, à bords à pic, à fond inégal et anfractueux; et aucune autre maladie ne pouvait donner une lésion semblable. Restait à trouver la porte d'entrée de la vérole. Un examen attentif de l'enfant, pas plus que les commémoratifs, ne permettait de conclure à une syphilis acquise. Par contre, l'examen du père et ses propres aveux expliquaient suffisamment les lésions de l'enfant. On avait donc bien affaire à une *syphilis héréditaire* se manifestant *tardivement*, et à un cas d'*hérédité paternelle*, la mère étant restée complètement indemne. Enfin la première grossesse terminée par la naissance avant terme de deux jumeaux, la mort de ces deux enfants à six semaines, tout cela constituait une confirmation du diagnostic.

On fait prendre à l'enfant 1 gramme d'iodeure de potassium par jour; la plaie, saupoudrée d'iodoforme, est recouverte de bandelettes de Vigo.

Le 10 janvier, la plaie est très rouge sur les bords. Toute sa partie centrale est occupée par un bourbillon considérable. — On continue l'iodeure de potassium à la dose de 1^{re},50 par jour; l'iodoforme et le Vigo sont remplacés momentanément par des cataplasmes de fécule.

Le 15 janvier, le bourbillon s'élimine peu à peu. Les gommès situées plus haut se sont ouvertes. — Même traitement.

Le 20 janvier, la plaie étant tout à fait détergée et bourgeonnante, on reprend le pansement occlusif au Vigo et à l'iodoforme.

25 janvier, réparation très avancée. Début de cicatrisation.

Cette observation nous a paru intéressante à divers titres. D'abord, elle présente un exemple très net de transmission de la syphilis du père à l'enfant, sans contamination de la mère. Mais des cas de ce genre ont déjà été publiés en assez grand nombre. Aussi notre but principal est-il d'insister surtout sur l'apparition *tardive* des manifestations spécifiques chez une syphilitique héréditaire. Ici, en effet, la vérole ne s'est pas manifestée pendant les six premiers mois de la vie; elle est restée pour ainsi dire latente pendant cinq ans. La sixième année, sans cause connue, elle se réveille, produit d'abord une lésion de l'avant-bras et, plus tard, des gommés de la jambe. C'est là un point sur lequel M. le professeur Fournier insiste dans son enseignement, et dont nous avons vu de nombreux exemples dans son service.

HÉRÉDO-SYPHILIS TARDIVE.

Observations recueillies à la clinique de l'hôpital Saint-Louis,

service de M. le professeur **FOURNIER**, par **J. Menecault**, externe des hôpitaux.

OBSERVATION I. — M^{lle} E. R..., âgée de 15 ans. — *Ulcérations de jambe.*

Antécédents. — Père manifestement syphilitique : son médecin nous l'a affirmé par lettre et sa femme se souvient qu'il eut en 1870 un bouton à la lèvre inférieure, qu'il se soigna avec un certain mystère, en faisant lit à part. Il était tourmenté de violents et fréquents maux de tête. — Mort en 1879, paralytique général, à la suite de pertes d'argent considérables.

Mère absolument indemne de tout accident syphilitique et de robuste santé.

Six couches, dont 2 fausses couches. Des 4 enfants nés à terme, l'un était mort à la naissance ; un autre mourut au bout de quelques mois, hydrocéphale, après avoir présenté des convulsions presque continuelles. Il ne reste qu'un garçon de 12 ans et une jeune fille de 15 ans, notre malade actuelle.

Le garçon, que nous avons vu, a le crâne volumineux et large, le front olympien. La mère rapporte qu'il a eu des maux d'yeux chroniques, que ses oreilles ont coulé longtemps. Scarlatine en 1885. Amygdalites fréquentes. Petite taille. Dents saines. Testicules normaux. Pas de cicatrices cutanées.

La jeune fille, nourrie par sa mère, marche à 13 mois, parle un peu plus tard, fait ses dents régulièrement, mais reste frêle et délicate comme maintenant encore. — A l'âge de 3 ou 4 ans, leucorrhée et conjonctivites passagères. — Pas de maux d'oreilles, pas d'engorgements ganglionnaires. — A 7 ans, sans cause appréciable, apparition d'un petit noyau dur sur la crête fibiale droite, noyau qui grossit et finit par ulcérer la peau. — D'autres lésions semblables ne tardent pas à se montrer sur toute la région antéro-externe et moyenne de la jambe, lésions soignées comme manifestations scrofuleuses (vin aromatique, iodoforme). Le genou correspondant est le siège de douleurs sourdes. — De violentes migraines, accompagnées de fréquents vomissements, persistent jusqu'à la menstruation, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 12 ans. — Traitée alors au dispensaire Furtado-Heine par les douches froides. — Les règles sont depuis leur apparition très régulières.

Pas de traitement interne ; les ulcérations finissent par guérir à l'aide d'applications de Vigo, mais au bout de fort longtemps. — Développement rapide de l'enfant, qui grandit beaucoup en ces trois dernières années. — Au mois d'octobre dernier (1885), scarlatine. Alors, nouvelles ulcérations semblables aux premières, dans le voisinage des cicatrices anciennes ; ce sont elles qui, rebelles à tout traitement institué, amènent le malade à la consultation du professeur Fournier.

A ce moment, il existe, au tiers moyen et externe de la jambe, plusieurs ulcérations distinctes : l'une irrégulière, en forme de croissant, et deux autres un peu plus petites, comme des pièces de 2 francs, circulaires ou à peu près.

Leurs bords sont saillants, durs, blanchis par l'action de l'emplâtre de Vigo et taillés à pic ; le fond en est bourgeonnant, tomenteux, rouge vif, saignant au moindre frottement, très déprimé ; une zone érythémateuse de 3 à 4 centimètres les entoure.

A côté, se voient des cicatrices blanchâtres, lisses ou gaufrées, n'adhérant pas à l'os sous-jacent. Pas de déformation tibiale appréciable. La malade boite un peu en marchant, bien que les articulations du genou et du cou-de-pied fonctionnent normalement. Elle est très pusillanime : le moindre attouchement sur sa jambe la fait pleurer, mais jamais de douleurs spontanées.

Cicatrices lombo-fessières ; mais rien d'anormal dans l'état des dents et la conformation de la tête.

La jeune fille est grêle et pâle, à peau fine et blanche ; bien développée pour son âge. Rien de suspect aux poumons. Pas d'adénites.

M. Fournier institue immédiatement le traitement suivant : iodure de potassium 3 grammes par jour ; grand bain tous les deux jours ; iodoforme et taffetas de Vigo sur les ulcérations ; repos horizontal.

La consultation avait lieu le 5 mai 1886. Le 26 du même mois, les ulcérations ont diminué des trois quarts : elles sont alors à peine grandes comme des pièces de 20 centimes. Chose singulière toutefois, une nouvelle ulcération s'est produite à côté de celles qui se cicatrisent.

Continuation du traitement,

7 juin. Deux des ulcérations sont totalement fermées, et la troisième n'est plus qu'un point. Quant à la dernière, celle qui date d'un mois à peine, elle reste stationnaire.

30 juin. Cicatrisation complète des ulcérations, sauf de la troisième qui atteint les dimensions d'une pièce de 20 sous. Acmé confluenta de la face. Suspension de l'iode pendant cinq jours, puis reprise du traitement.

Juillet. Guérison absolue.

OBSERVATION II. — J..., employé, 18 ans 1/2. *Volumineuse tumeur gommeuse du pli du coude.*

Antécédents. — Père mort à l'âge de 39 ans, en 1871, très vraisemblablement de phthisie pulmonaire. Sa femme sait qu'il fut soigné vers 1860, au Val-de-Grâce, que ses camarades le plaisantaient souvent sur sa calvitie, que, de plus, « il se droguait en cachette », à la maison. Elle trouva, dit-elle, après sa mort, quantité de médicaments cachés par lui dans un coin ; qu'enfin il est mort avec une « lésion de l'anus » datant de longtemps.

Mère. On ne trouve rien de suspect dans les antécédents de cette femme. Elle raconte seulement qu'elle eut en 1870, aux parties, un bouton qu'on cautérisa, qu'elle en avait eu d'autres semblables déjà au même endroit et toujours à l'époque des règles, qu'enfin elle n'a jamais rien eu qui ressemblât à une roséole, à des plaques muqueuses, à des syphilides cutanées. Jamais elle n'a suivi de traitement spécifique.

Enfants. — 4 accouchements : le 1^{er} après neuf mois de mariage : bel enfant à terme. Ophthalmie au bout de huit jours. Mort à l'âge de 3 mois, en nourrice, de convulsions.

Le 2^e, un an après. Enfant de taille ordinaire, à terme. Meurt au bout de deux mois, en nourrice, avec de la diarrhée et de larges ulcérations des fesses.

En 1866, fausse couche de quatre mois et demi, expliquée par une chute dans un escalier.

En 1868, enfin, naissance du seul survivant, notre malade. Accouchement à terme. Assez bel enfant à la naissance, nourri par la mère. Dépérissement rapide, malgré de bonnes tétés; vers 6 semaines, respiration embarrassée, ventre ballonné, scrotum volumineux et rouge, diarrhée abondante et prolongée, « gourme » sur toute la tête. Il reste chétif, malingre, avec l'air d'un petit vieux, dit sa mère. Jusqu'alors l'enfant n'avait pas pris de médicaments : à l'âge d'un an on lui donne de l'huile de foie de morue. A 6 mois, il fait 4 incisives; puis arrêt de la dentition jusqu'au sevrage, à 17 mois. Les autres dents poussent alors. Les membres ne sont pas incurvés; mais il commence à marcher seulement à 28 mois.

La parole lui vient également très tard, « en proportion des dents », dit la mère.

Les maux d'yeux ne le quittent pour ainsi dire pas; soigné par Desmarres, à l'âge de 4 mois, il a encore les yeux malades à 12 ans.

De même, à 5 ans, débute un écoulement d'oreilles qui persiste sans arrêt jusqu'à 10 ans.

Jamais de convulsions.

En fait de maladies étrangères à la syphilis, on trouve à relever dans ses antécédents : une rougeole à l'âge de 6 ans; l'année suivante, une fièvre muqueuse grave; puis de fréquentes angines. Jamais le malade n'a pris d'iodure de potassium ou de mercure avant l'âge de 10 ans. Alors se montrent : une *gomme ulcéreuse*, vers le milieu de la crête tibiale droite, puis bientôt une seconde semblable au bas du mollet gauche; il est conduit à la consultation de l'hôpital Laënnec, et c'est à cette époque qu'on institue le premier traitement spécifique. Aujourd'hui ces lésions anciennes sont reconnaissables à des cicatrices déprimées, lisses et blanchâtres, larges comme des pièces de 10 centimes. L'iodure de potassium ne continua à être pris, après la guérison des ulcérations, que de loin en loin, très négligemment. Aussi à 12 ans, *tumeur gommeuse* de la région temporale droite, grosse comme un œuf; elle se termine par résolution complète en quelques mois. Bientôt après, *périostose costale*, au-dessous du mamelon gauche; résolution également parfaite.

Les oreilles se remettent à couler de temps à autre.

A 16 ans, le malade commence à avoir mal dans le nez et M. Nicaise, qui le soigne pour une *gomme nasale*, constate en même temps une *perforation de la voûte palatine*. Actuellement, la perte de substance du palais s'est comblée, mais au centre d'une cicatrice grande comme une amande se voit un point, en forme de grain d'orge, déprimé, dépourvu de squette, vestige de la perforation. Cette perforation, du reste, reparait de temps en temps par destruction des parties molles obturantes, et le malade s'en aperçoit alors par le passage des liquides de la bouche dans le nez, comme cela avait lieu jadis. Le nez est encore épaté; les narines sont béantes, toujours encombrées de croûtes brunâtres, et l'odorat semble très imparfait; le malade ne sent pas l'odeur des fleurs. La voix est légèrement nasonnée. Sans doute la gomme palatine et celle du nez n'étaient qu'une seule et même lésion.

Enfin, une gomme se montre au pli du coude gauche et se résout sans aboutir à ulcération.

En novembre et décembre 1885, *arthropathies*, pour lesquelles il est soigné à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Richet. Le genou droit était, dit-il, très volumineux et le gauche fut pris aussi postérieurement, mais

d'une façon moins grave. Traitement ioduré. Il ne reste rien de ces lésions actuellement, mais la *gomme du pli du coude* a récidivé et forme une tumeur grosse comme le poing, gênant beaucoup la flexion de l'avant-bras et menaçant même en un point rouge d'ulcérer la peau. M. Fournier, alors consulté, prescrit 4 grammes d'iodure de potassium par jour ; et la régression s'opère rapidement.

Du côté des yeux, strabisme divergent très marqué, surtout pour l'œil gauche.

Du côté des oreilles, il ne reste plus de suppuration ; mais, à droite, « plaque calcaire sur la membrane du tympan au niveau du segment inférieur, et signes d'une perforation ancienne consécutive à une otite moyenne purulente » (Dr Hermet). L'oreille gauche est saine. Au total, légère surdité.

Les dents offrent des déformations absolument typiques : lésions d'Hutchinson pour les incisives médianes supérieures ; atrophie cuspidienne des 2 premières molaires inférieures ; microdontisme et érosions des 4 incisives inférieures. Rien à dire de la conformation du crâne ; pourtant les pariétaux sont certainement évasés et saillants.

Les testicules sont bien développés. L'épididyme gauche est augmentée de volume.

Pas de cicatrices lombo-fessières. — Intelligence peu développée.

Au point de vue de la conformation générale, c'est un grand garçon, normalement développé, à teint pâle, encore imberbe.

A plusieurs reprises, il est revenu nous montrer sa lésion du coude. La tumeur a diminué comme à vue d'œil ; et, moins de trois mois après sa première visite à Saint-Louis, le malade se trouvait en assez bon état pour entrer comme homme de peine dans un magasin, où il est encore occupé à manier de lourds rouleaux de papier. Jamais il n'a souffert de ce coude, hormis à l'époque où la destruction de la peau était menaçante.

REVUE DE DERMATOLOGIE.

- I. — NOTE SUR UNE VARIÉTÉ D'ÉRYTHÈME PASSAGER SURVENANT CHEZ LES INDIVIDUS SOUMIS A LA MÉDICATION CHLORALIQUE ET ALCOOLIQUE, par BARBILLION (*Archives de physiologie*, janvier 1887).
- II. — SUR L'EXANTHÈME DE L'ANTIPYRINE, par GIUSEPPE CATTANI (*Giornal. ital. del. mal. vener. et del. pel.*, mai-juin 1886).
- III. — DES ÉRUPTIONS IODIQUES BULLEUSES, par le D^r PRINCE A. MORROW (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, avril-mai 1886).
- IV. — DES ÉRUPTIONS CAUSÉES PAR L'ARSENIC, par le D^r PRINCE A. MORROW (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, Juillet 1886, p. 195).
- V. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE THÉORICO-CLINIQUE DU ZONA, par le professeur PIETRO GAMBERINI (*Giornale internazionale delle Scienze Mediche*, Napoli, 1886).
- VI. — SUR LA NATURE DE L'HERPES ZOSTER, par le D^r PIERLEONE TOMMASOLI (*Giornale internazionale delle Scienze Mediche*, 1886).
- VII. — TROPHONÉVROSE DE LA PEAU CONSÉCUTIVE A UNE BLESSURE DU NERF MÉDIAN, par le D^r G.-H. TILDEN (*Journal of Cutaneous and venereal diseases*, octobre 1886).
- VIII. — ULCÉRATIONS TROPHIQUES RÉFLEXES, par L. JACQUET (*France médicale*, 22 juin 1886).
- IX. — MYXŒDÈME OU SCLERODERMIE, par le D^r FELICE LUSSANO (Bergame) (*Annali universali di medicina e chirurgia*, septembre 1886).
- X. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SCLÉRODERMIE, par le D^r J.-E. GRAHAM (*Journal of Cutaneous and venereal diseases*, novembre 1886, p. 332).
- XI. — MORPHEE AFFECTANT LA DISTRIBUTION D'UN ZONA SUR LA POITRINE ET LE BRAS, ET DATANT DE VINGT ANS, par le D^r JONATHAN HUTCHINSON (*British medical journal*, 24 juillet 1886, p. 149).
- XII. — KERATOSIS FOLLICULARIS, AVEC UN ÉTAT FISSURÉ DE LA LANGUE ET DE LA LEUCOPLASIE BUCCALE, par le D^r PRINCE A. MORROW (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, n° 9, septembre 1886).
- XIII. — HISTOLOGIE DE LA KÉLOÏDE A SON DÉBUT, par RADCLIFFE CROCKER. (*The British med. Journal*, 18 septembre 1886.)

XIV. — NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA KÉLOÏDE ET DES CICATRICES EXURÉ-RANTES PAR L'ÉLECTROLYSE, par le Dr W. A. HARDAWAY. (*Philadelphia med. Times*, 29 mai 1886).

XV. — MYCOSIS FUNGOÏDES, par ALIBERT. — Communication faite par le professeur KÖEGER dans la section de dermatologie et de syphiligraphie au 39^e congrès des médecins et naturalistes allemands, à Berlin.

I. — L'auteur a observé, dans le service de M. Labric, un certain nombre de cas d'érythème consécutif à l'administration du chloral, éruption dont il rapporte cinq nouvelles observations. S'appuyant sur ces faits et sur ceux publiés par divers auteurs, il décrit avec soin cette éruption et met en relief certains détails de son étiologie.

L'éruption forme des taches d'un rouge vif, parfois vineuses et tirant sur le violet, de coloration uniforme, très légèrement surélevées sur les parties saines, de dimensions variées, parfois isolées, se réunissant souvent pour former des flots dont les contours sont irrégulièrement dessinés. Ces taches existent surtout sur les parties du corps exposées aux frottements; elles disparaissent sous la pression du doigt et ne s'accompagnent d'aucune douleur, ni d'aucune démangeaison. L'éruption débute ordinairement par la face, où elle peut rester localisée et où elle occupe non seulement la peau, mais encore les muqueuses (conjonctives, face interne des joues, voûte palatine, quelquefois pharynx). Au moment de la poussée éruptive, l'haleine des malades a un parfum de pomme de reinette, qui rappelle l'odeur du chloroforme et qui disparaît aussitôt l'éruption effacée; le pouls est fréquent, ample et bat avec force. L'éruption apparaît généralement de dix minutes à une demi-heure après l'ingestion d'une certaine quantité d'alcool; sa durée est généralement en raison directe de la rapidité d'apparition et de la généralisation plus ou moins grande de l'exanthème et varie de un quart d'heure à une demi-heure ou une heure et parfois quatre, cinq ou six heures; elle disparaît ensuite sans laisser de traces.

Cette éruption s'observe surtout chez les enfants et, de préférence, chez les enfants plus âgés, probablement à cause de la finesse de la vascularisation très riche des téguments et de leur impressionnabilité extrême aux agents étrangers. Elle semble plus fréquente chez les sujets anémiés par un long séjour à l'hôpital ou par la maladie principale. Sa fréquence chez les choréiques est peut-être due à ce que l'état du système nerveux de ces malades rend plus facile la production des phénomènes vaso-paralytiques.

Le chloral et l'alcool, pris isolément, peuvent, dans des cas rares, produire cet exanthème, mais le plus souvent il faut l'association de ces deux substances. Le plus ordinairement, l'éruption se montre

chez un sujet qui prend chaque jour 2, 3 ou 4 grammes de chloral par doses fractionnées, de façon à être d'une façon permanente sous l'influence du médicament, et elle se montre un quart d'heure ou une demi-heure après l'ingestion de l'alcool sous forme de vin de quinquina, de vin de Bagnols ou sous forme de rhum ou de potion de Todd; chez les sujets qui ont déjà présenté cette éruption, on peut la faire revenir à quelques heures d'intervalle et presque à volonté en leur faisant absorber une certaine quantité d'un liquide alcoolique; mais une dose de 3 ou 4 grammes de chloral par jour est nécessaire pour arriver à produire l'exanthème.

Quant au mode d'action de l'alcool en pareil cas, on ne peut faire à ce sujet que des hypothèses : on peut se demander s'il n'agit pas en facilitant l'élimination du chloral par la peau et par les muqueuses, ou en activant la circulation et en rendant plus énergique l'action du chloral sur les nerfs sympathiques, ou en augmentant la paralysie vasculaire que produit déjà le chloral.

GEORGES THIBIERGE.

II. — La plupart des auteurs qui ont essayé l'antipyrine n'ont pas manqué de signaler les éruptions auxquelles elle donne lieu, mais chacun d'eux a cité des faits isolés différents les uns des autres. C'est en réunissant ces matériaux épars à ses propres observations que l'auteur entreprend de donner une description plus complète de ces exanthèmes.

Dans les faits publiés jusqu'ici, l'éruption se montrait habituellement sur le tronc et la racine des membres, laissant intactes la tête, la paume des mains et la plante des pieds. Tantôt l'exanthème affecte la forme rubéolique; il est constitué par de petits points érythémateux de 5 à 2 millimètres de diamètre, d'un rouge cinabre, pâlisant sous le doigt, disséminés, confluent ou cohérents. Tantôt il ressemble à la scarlatine (Darembert) et forme de larges plaques plus ou moins étendues sur la poitrine et l'abdomen.

Comme la plupart des autres efflorescences d'origine médicamenteuse, celles-ci s'accompagnent de picotements, de prurit et d'un certain malaise, variable suivant les sujets.

Dans ses observations personnelles, l'auteur a rencontré surtout des formes insolites : des plaques irrégulières, diffuses, occupant aussi bien la face que le reste du corps, se localisant même quelquefois dans cette région exclusivement. Ces plaques variaient d'étendue depuis 5 ou 6 millimètres, jusqu'à 3 centimètres et au-dessus. Quelques-unes étaient légèrement papuleuses; certaines ressemblaient aux taches rosées de la fièvre typhoïde, d'autres avaient une réelle analogie avec l'urticaire.

La fréquence de ces éruptions peut être évaluée à 3 ou 4 0/0 environ. Leur durée peut varier de deux à trois jours, jusqu'à dix jours. Quelque-

fois l'exanthème apparaît quand on a déjà cessé de donner l'antipyrine, alors que celle-ci n'est pas suffisamment éliminée.

L'éruption n'a aucune gravité par elle-même, le pronostic se rapporte entièrement à la maladie préexistante. Cependant l'auteur est d'avis que ces exanthèmes se montrent plus souvent au cours d'une maladie grave; elles indiqueraient une perturbation du système nerveux fâcheuse pour le pronostic.

A. SIREDEY.

III. — On ne connaît que peu d'exemples d'éruptions bulleuses causées par l'iodure de potassium; c'est évidemment là une des rares manifestations cutanées de l'iodisme. Le Dr Morrow en publie le cas suivant :

Le malade, âgé de 50 ans environ, fut transporté dans le service dermatologique le 9 octobre 1885. Les téguments du front et du visage étaient d'un rouge brillant et tellement infiltrés que les plis naturels de la peau étaient devenus de profonds sillons, séparés par des bosses proéminentes; les yeux étaient clos par suite de l'énorme tuméfaction des paupières. Le visage, surtout le front, était criblé de petites vésico-pustules; beaucoup d'entre elles s'étaient rompues et avaient laissé des amas de croûtes. Sur le haut du front elles étaient devenues confluentes et formaient une sorte de ligne ou de rebord semblable à la limite d'un érysipèle. L'éruption n'avait pas envahi le cuir chevelu. Les ailes du nez étaient enflées et étaient recouvertes de petites lésions de la grosseur d'un pois, dont quelques-unes étaient devenues pustuleuses. Les oreilles étaient très enflées. Par la pression du doigt, on faisait momentanément disparaître la rougeur, mais on ne formait pas de cupule. Sur la face dorsale des mains et des poignets la peau était rouge et infiltrée, quoique à un moindre degré qu'au visage. Sur la main gauche, depuis le poignet jusqu'au bout des doigts, se voyaient de nombreuses bulles dont les dimensions variaient de celles d'une pièce de 20 centimes à celles d'une pièce de 5 francs. Sur l'avant-bras droit se voyait une grosse bulle et deux petites avec quelques vésico-papules. Sur la face dorsale de la main droite se trouvait une bulle volumineuse, de la grosseur d'un œuf de pigeon, entourée de beaucoup d'autres plus petites, rappelant par leur disposition un herpès iris gigantesque. On en trouvait également vers le bord cubital de la main et sur les doigts. La cavité buccale et la gorge étaient le siège d'une congestion des plus intenses. Le malade était dans un état de profonde prostration; la respiration était rapide; le pouls à 120.

Le Dr Morrow porta d'emblée le diagnostic d'éruption iodique sans avoir le moindre renseignement; mais le lendemain matin il apprit que ce malade avait été reçu, le 23 septembre, dans un service de maladies nerveuses pour une paralysie incomplète; il ne portait aucune trace de syphilis, aucune éruption cutanée, sauf de la couperose et une légère éruption acnéique. On lui prescrivit une solution d'iodure de potassium; on interrompit ce médicament le 4 octobre; le malade en avait déjà absorbé 900 grains (environ 60 grammes), ce qui faisait de 5 à 6 grammes par jour. Dès le troisième ou le quatrième jour de l'administration de ce médicament, on vit se produire une congestion érythémateuse du visage avec quelques petites vésico-pustules de la grosseur d'un petit pois. Le 1^{er} octobre, l'éruption se montra sur les mains. Grâce à la continuation du médicament, la dermatite augmenta

d'intensité et les vésicules devinrent des bulles de grandeur variable.

Le 10 octobre, on fit des onctions sur les parties malades avec de la vaseline phéniquée ; on rechercha inutilement l'iode dans le liquide des bulles. Le 4 octobre, l'état était le même, sauf que le contenu des bulles des mains était devenu du séro-pus d'un rouge sale : l'examen du cœur montra qu'il y avait un souffle systolique à la pointe se propageant vers l'aisselle, et symptomatique d'une insuffisance mitrale. La température était de 100° 1' Fahr ; le pouls de 114. Le 12 octobre, l'infiltration des téguments avait un peu diminué ; le 14 octobre, l'amélioration, au point de vue cutané, était déjà très accentuée, et vers le 5 novembre l'éruption avait complètement disparu. Le malade succomba néanmoins le 16 novembre aux progrès de sa première affection.

L'auteur fait remarquer que, bien que l'on eût cessé d'administrer l'iode de potassium le 4 octobre, l'éruption n'atteignit son maximum de développement que quatre ou cinq jours plus tard. On pourrait peut-être attribuer ce fait à l'administration de sulfure de calcium, qu'on fit prendre au malade du 4 au 8 octobre. Cependant il n'est pas nécessaire de faire intervenir cette cause pour expliquer ce fait, car il est bien connu qu'un processus morbide peut continuer à se développer pendant quelque temps dans un organe après la suppression de la cause qui lui a donné naissance. Dans le cas actuel, les reins étaient malades ; l'iode de potassium ne pouvait donc pas s'éliminer facilement par cette voie ; le médicament s'était accumulé dans l'organisme et avait continué à produire ses effets toxiques sur le sang et les centres nerveux pendant plusieurs jours après qu'on eut cessé de l'administrer. Il est un autre fait bien connu, c'est que les éruptions graves d'iodisme se voient surtout chez les sujets qui ont des affections rénales et cardiaques. L'auteur termine par une description didactique des plus complètes des éruptions bulleuses iodiques.

L. B.

IV. — Les éruptions arsenicales ont toujours un caractère identique, qu'elles soient consécutives à l'application de la substance toxique sur la peau ou à son administration à l'intérieur. Que l'arsenic soit en solution aqueuse ou incorporé à une pommade ou à une pâte, quand on le met assez longtemps en contact avec les téguments, il produit des vésicules, des pustules, etc., lesquelles s'accompagnent de sensations pénibles de chaleur et de brûlure. D'ordinaire les poils tombent sur les régions atteintes, et l'épiderme s'exfolie en larges lamelles. A un degré plus accentué d'inflammation, on voit se produire une tuméfaction érysipélateoïde, des éruptions hémorragiques, des ulcérations, lesquelles s'accompagnent des effets toxiques que l'on observe après l'administration interne de cette substance. On connaît de nombreux cas où ces applications externes ont entraîné la mort. L'auteur pose en fait que l'emploi d'une préparation arsenicale très violente est moins

nocif que celui d'une préparation arsenicale faible, car l'intensité de la réaction inflammatoire qu'elle provoque empêche l'absorption de se faire ; et les accidents restent purement locaux.

L'auteur rappelle les éruptions observées à Brighton en 1818 sur 29 enfants, chez lesquels on employait une poudre contenant 50 0/0 d'arsenic blanc : 13 d'entre eux moururent. Dans les cas les plus bénins, il se produisait de l'érythème et de toutes petites vésicules ; dans les cas les plus graves, il se formait des bulles et des ampoules, au-dessous desquelles se voyaient parfois des ulcérations noirâtres. Dans les cas mortels, la peau des aines et des parties génitales prit une teinte noirâtre ; et l'on put également observer la même lésion vers l'ombilic, le creux axillaire et les plis du cou. L'éruption était d'ailleurs localisée aux points où l'on avait fait les applications de poudre.

Les personnes qui portent des vêtements bon marché colorés à la fuchsine ou des chaussettes colorées avec la même substance, laquelle contient beaucoup d'arsenic, sont sujettes à des éruptions eczémateuses sur tous les points touchés par ces objets. L'auteur en relate plusieurs cas, et cite à cet égard les recherches de Rollet (Voir *Annales*, tome I, 1880). Devergie est le premier auteur qui ait signalé que des lésions cutanées peuvent provenir de l'usage interne de l'arsenic ; la monographie d'Imbert Gourbeyre (1871) reste encore le meilleur travail qui ait été publié sur ce sujet. Voici les variétés d'éruptions arsenicales consécutives à l'administration interne de cette substance que le Dr Morrow croit devoir décrire :

1° *Forme érythémateuse*. Ce n'est, d'ordinaire, que le premier stade des accidents. Il en rapporte plusieurs cas dus à Pereira, Macnab (exanthème rubéoliforme chez des malades qui avaient pris, pendant trois semaines, de petites doses de liqueur de Fowler), Hyde, Piffard ;

2° *Forme papuleuse*, bien décrite par Imbert Gourbeyre, caractérisée par de petites papules de la grosseur d'une tête d'épingle, pouvant se réunir pour former des papules lenticulaires ou de larges placards rougeâtres. L'éruption disparaît d'ordinaire en cinq ou six jours et se termine par une desquamation furfuracée ;

3° *Forme urticarienne*, signalée déjà par Fowler et l'une des plus fréquentes ; elle ne diffère pas sensiblement comme aspect de l'urticaire ordinaire ;

4° *Forme vésiculeuse*, étudiée surtout par Balfour et Ringer, qui ont décrit des éruptions eczématiformes, Finlayson et Hutchinson, qui ont décrit des éruptions herpétiques ;

5° *Forme pustuleuse et ulcéreuse*, décrite par Imbert Gourbeyre, Orfila, Bazin. Morris, Foster, Vaudry et d'autres encore ont signalé l'apparition de furoncles pendant le traitement arsenical ;

6° *Pigmentations brunitres*. On n'est pas encore complètement d'accord sur la pathogénie des éruptions arsenicales. On sait que l'arsenic ne s'élimine pas seulement par les reins, mais aussi par les glandes de la peau, les muqueuses, les glandes salivaires et lacrymales. On croit que l'arsenic est un médicament neuro-tonique, et on suppose qu'il agit sur la nutrition des cellules par l'intermédiaire du système nerveux périphérique. On comprend donc que pour tous ces motifs il puisse troubler la circulation capillaire et la nutrition de la peau. L. B.

V. — L'intéressant mémoire du professeur Gamberini n'apporte aucune théorie nouvelle de l'herpes zoster, aucun fait de nature à dissiper les incertitudes qui règnent encore sur la nature et les origines du zona. C'est une étude critique où l'auteur aborde avec autant d'érudition que d'expérience la discussion des théories qui ont cours aujourd'hui sur cette matière.

Le Pr Gamberini montre d'abord la difficulté que l'on éprouve à expliquer le zona par la théorie nerveuse. Si la localisation de l'éruption sur le trajet des nerfs, si les lésions anatomiques qui ont été constatées sur les ganglions rachidiens et sur les nerfs périphériques entraînent l'esprit vers cette interprétation, il s'en faut que l'on puisse expliquer clairement la pathogénie de l'éruption et l'immunité remarquable de la peau dans un grand nombre de névrites constatées de la façon la plus précise. D'autre part, beaucoup d'observateurs n'ont pas rencontré les lésions nerveuses auxquelles on attribue le zona.

Mais d'ailleurs comment doit-on classer le zona en dermatologie ? Appartient-il au groupe des herpès ? ou faut-il l'envisager comme une maladie distincte ?

Si certains herpès se développent sous l'influence de lésions nerveuses, on peut en observer à l'occasion des causes les plus banales : l'irritation locale due à un parasite (herpes tonsurans), à une cause inflammatoire ou infectieuse (herpès génital) ; certains états fébriles, mal caractérisés, se retrouvent à l'origine d'un grand nombre d'herpès ; on pourrait encore ajouter l'influence de certaines substances toxiques, etc.

Après avoir longuement discuté toutes les théories qu'a soulevées la pathogénie de l'herpès, l'auteur aborde celle du zona et passe en revue les diverses opinions, montrant toutes les difficultés du sujet et l'impossibilité de trouver pour l'herpès comme pour le zona une interprétation qui réponde à la fois à tous les desiderata de la clinique et de la physiologie pathologique.

On voit donc que l'étiologie n'apporte aucune indication qui permette de séparer ou de réunir ces deux affections. Mais la clinique plaide pour

la séparation : malgré les caractères morphologiques communs aux deux affections, le zona présente des particularités qui autorisent à le distraire du groupe des herpès.

Le zona, par sa forme constante, par sa non-récidivité, par son évolution qui rappelle celle des fièvres éruptives, se distingue de l'herpès, affection banale, irrégulière, diffuse, essentiellement récidivante.

Aussi l'auteur admet-il l'unité du zoster, tout en souhaitant que la découverte d'un organisme spécifique vienne consacrer la division.

En somme, revue critique du zona très savante et appuyée sur une grande expérience, mais d'où il ne se dégage rien de réellement personnel.

VI. — Malgré les nombreux travaux qui ont paru dans ces derniers temps sur le zona, on n'est pas encore absolument fixé sur sa nature.

De nos jours, les micro-organismes et les phénomènes nerveux ont pris une telle importance que l'on cherche actuellement à rattacher toutes les dermopathies à l'une ou à l'autre de ces causes.

Bahrensprung, Charcot, Parrot ont placé le zona parmi les neuropathies. Landouzy, tout en acceptant l'influence nerveuse, fait intervenir un élément infectieux : il considère le zona comme une *neuropathie spécifique*. L'auteur accepte très volontiers cette théorie. Il démontre l'impossibilité où l'on est d'expliquer aujourd'hui l'apparition du zona par la théorie nerveuse pure. En effet, si l'on a pu observer quelquefois avec le zoster des altérations portant sur la moelle, sur les ganglions rachidiens ou sur les nerfs eux-mêmes, ces lésions ont été constatées bien plus souvent encore en l'absence de zona.

Aussi, après avoir discuté toutes les hypothèses, est-on tenté de dire avec Barth que l'herpes zoster est l'expression cutanée d'un trouble nerveux de nature irritative.

Mais d'où vient cette influence irritative ? Peut-on la rattacher à une cause banale, comme le froid, l'humidité, etc. ?

Il paraît plus vraisemblable de songer à un agent infectieux comme l'indiquent la non-récidivité de l'affection, la contagion dans quelques cas et les manifestations fébriles que l'on observe habituellement (Landouzy, Dr Muller, etc.) ; on peut ajouter encore l'apparition par groupes de malades atteints de zona, et les petites épidémies d'Hœnrich, de Savage, de Zimmerlin. L'auteur se déclare donc partisan résolu de la théorie parasitaire du zona, telle qu'elle est présentée par notre excellent maître le Dr Landouzy.

Cherchant à confirmer par des expériences la nature infectieuse et contagieuse du zoster, il inocula des lapins avec de la sérosité recueillie sur des vésicules de zona. Ces injections faites dans la trachée et dans

le péritoine ne donnèrent aucun résultat. Le Dr Tommasoli se soumit lui-même à des inoculations sous-cutanées qui n'entraînèrent à leur suite ni éruption, ni aucun des accidents qui accompagnent le zoster.

Ces tentatives infructueuses montrent que le développement du zona exige des circonstances adjuvantes mal déterminées aujourd'hui ; mais elles ne semblent pas de nature à infirmer l'origine infectieuse ou même contagieuse de la maladie.

L'auteur se sépare toutefois de notre cher maître le Dr Landouzy, à propos des éruptions zostérisiformes qui, selon lui, ne sauraient former un groupe distinct. Si ces éruptions offrent les caractères de l'herpes zoster, elles doivent être confondues avec celui-ci, sinon il faut les décrire ailleurs et sous d'autres noms.

Nous ne saurions, en ce qui nous concerne, reprocher à l'auteur ce besoin de précision dont l'absence a si souvent contribué à obscurcir la dermatologie.

Recherchant ensuite la nature de l'élément infectieux, le Dr Tommasoli convient qu'elle est parfaitement inconnue aujourd'hui. S'agirait-il d'un microbe allant irriter les rameaux nerveux et les ganglions, comme le veut le Dr Deletang pour l'herpès phlyctériode ? ou bien de ptomaïnes, c'est-à-dire d'alcaloïdes organiques non éliminés ou fabriqués en excès dans l'économie ?

Quelques auteurs ont voulu rattacher le zoster à l'infection marmatique : certains faits ont été observés à l'appui de cette théorie.

A. SIREDEY.

VII.— E. F..., âgé de 55 ans, charpentier, fut blessé au poignet droit par une scie circulaire le 10 novembre 1885 ; la blessure avait deux pouces et demi de long environ : elle était située à la partie antérieure du poignet, vers la ligne médiane, longitudinale, légèrement incurvée, à convexité tournée vers le pouce. On la sutura immédiatement après l'accident, et la réunion se fit en dix jours. Trois ou quatre jours après le traumatisme, le malade commença à s'apercevoir qu'il avait perdu la sensibilité tactile dans les deux dernières phalanges de l'index et du médius, et qu'il éprouvait en ces régions une sensation d'engourdissement. Depuis lors, ces symptômes ne firent qu'augmenter. A la même époque, il perçut aussi une sensation d'engourdissement dans le pouce, mais à un moindre degré, et elle disparut graduellement.

Trois semaines environ après l'accident, apparut pour la première fois une bulle située sur la dernière phalange de l'index, et, depuis lors, des lésions semblables se sont développées de temps en temps sur les deux dernières phalanges de l'index et du médius. Ces bulles avaient environ les dimensions d'un pois, leur pellicule épidermique était épaisse, tendue ; elles contenaient un liquide séreux, transparent. Elles survenaient toutes les deux ou trois semaines et ne s'accompagnaient d'aucune sensation subjective, se développant d'ordinaire rapidement pendant la nuit : une fois formées, elles n'augmentaient pas de volume. Le point précis où elles devaient apparaître rougissait d'abord légèrement. En enlevant l'épiderme soulevé, on voyait une

excoriation superficielle qui guérissait en huit ou dix jours. Lorsque plusieurs de ces lésions se développaient au même point, elles finissaient par produire un épaississement corné de l'épiderme, un véritable tylosis.

Sur les deux dernières phalanges des doigts intéressés, surtout sur leur partie dorsale, la peau est blanche, luisante, tendue; à la palpation, ces régions offrent une sensation de résistance, de tension particulière, d'élasticité moindre que les autres doigts : elles sont complètement insensibles; les ongles sont normaux. Sur le reste du territoire de distribution du nerf médian dans la main, la sensibilité est diminuée. La main droite a au dynamomètre moitié moins de vigueur que la main gauche. La contractilité faradique de tous les muscles de la région malade est diminuée; le courant galvanique développe au contraire, chez ces muscles, la réaction de dégénérescence.

Six semaines de traitement par les courants faradiques, appliqué à la main et à l'avant-bras, déterminèrent une amélioration des plus notables. La force musculaire s'accrut, la sensation d'engourdissement diminua. Il ne se développa qu'une seule bulle pendant toute cette période. Le malade voulut reprendre alors son travail; mais, trois semaines après, tous les symptômes reparurent.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques considérations sur les nerfs trophiques et sur la pathogénie de ces lésions. L. B.

VIII. — Homme de 39 ans, amputé du médius droit à la suite d'une piqûre de scorpion, en 1883. Des douleurs ne tardèrent pas à apparaître au niveau de la cicatrice d'où elles remontaient jusqu'à l'épaule; peu après des douleurs analogues apparurent au cou et aux régions cervicale et occipito-pariétale droites. Deux ans après l'opération, une petite ulcération se montra à la partie supérieure de l'oreille droite, sur le rebord de l'hélix, puis s'étendit rapidement sur la face externe du pavillon. Des ulcérations nouvelles se produisirent et, au moment de l'entrée à l'hôpital, dans le service de M. Besnier, on constatait :

1° Sur le cuir chevelu, en arrière et au-dessus de l'oreille, une vaste surface ulcérée, irrégulière;

2° Sur le cou, depuis le milieu de la région carotidienne jusqu'à la partie externe de la clavicule, une ulcération irrégulière, à bords déchiquetés, sans saillie ni décollement, à surface non déprimée, suintante, dont la périphérie était assez fortement pigmentée;

3° Au-dessous de la clavicule, parallèlement à l'os, un ulcère irrégulièrement quadrilatère, à surface vernissée, sèche;

4° Sur la face dorsale du poignet droit, une plaie irrégulière et de production toute récente, de la largeur d'une pièce de 2 francs.

Toutes ces ulcérations avaient des bords déchiquetés, mais non taillés à pic, leur fond était de même niveau et sans aucun décollement.

En outre, on constatait des cicatrices sur la partie du pavillon de l'oreille correspondant à l'hélix et à l'anthélix, au-dessous de la mâchoire et à la partie antéro-supérieure de la région deltoïdienne.

Anesthésie occupant toute la zone des nerfs des plexus cervical et brachial. Persistance des douleurs. Diminution assez notable de la force musculaire du côté droit.

Pas de syphilis, pas de leucocythémie.

M. Jacquet rapporte ces lésions, dont il est impossible de méconnaître l'origine trophonévrosique, à une altération des nerfs, qui a gagné les ganglions intervertébraux du plexus brachial, puis ceux du plexus cervical, et a déterminé une perversion de leur influence trophique : cette altération n'est probablement pas une névrite, car il n'y a ni atrophie des muscles, ni douleur sur le trajet des nerfs, et la moelle est restée intacte, puisqu'on ne relève chez le malade aucun trouble myélopathique.

GEORGES THIBIERGE.

IX. — Il est à peu près impossible de ne pas partager les incertitudes que l'auteur met en relief dans le titre même de son observation. Il s'agit, en effet, d'un de ces cas mixtes où les difficultés accumulées, où les contradictions incessantes semblent défier toute classification précise. Après avoir présenté une sorte d'œdème dur, diffus et généralisé, qui semblait englober, dans une congélation en masse, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les muscles, la malade qui fait le sujet de cette étude eut à subir une phase d'atrophie et de rétraction, ne lui permettant plus d'ouvrir la bouche, de porter la main au visage, de prononcer des paroles distinctes, etc. ; la face était réduite à un masque inerte et sans expression. Bientôt la déglutition devint impossible, et la malade s'éteignit sans secousse, d'une façon presque imprévue. La peau avait présenté, à plusieurs reprises, des altérations diverses : vitiligo, plaques cicatricielles, etc.

L'auteur soutient, avec raison, que de tels phénomènes sont à la fois sur la limite des deux affections, et il profite de ce fait pour discuter la nature de la maladie, montrant que la sclérodermie et le myxœdème reconnaissent pour cause un processus dystrophique, qui présente de nombreuses analogies dans les deux cas. De là à la conception d'une maladie unique dont les manifestations cliniques diffèrent avec le siège, l'époque de l'affection, l'acuité, la diffusion, il n'y a qu'un pas, et l'auteur n'hésite pas à le franchir.

A. SIREDEY.

X. — CAS I. — M^{me} R. . . , âgée de 47 ans, vint consulter en août 1882 le Dr Smith ; elle avait des antécédents de rhumatisme. Environ sept mois auparavant elle avait eu, après une grande fatigue, un violent frisson, et, le lendemain ou le surlendemain, elle remarqua qu'elle éprouvait une sensation de dureté en un point limité des téguments de la région postérieure du cou ; la lésion gagna en étendue jusqu'à ce qu'il lui fut difficile de tourner la tête à droite et à gauche. Puis l'affection s'étendit encore avec plus de rapidité ; de telle sorte que presque toute la surface du corps devint indurée. Elle ne pouvait marcher et mouvoir les bras qu'avec la plus grande difficulté : les doigts et les orteils étaient un peu incurvés et déformés. La respiration était gênée ; l'aspect du visage était caractéristique. On lui prescrivit de l'arsenic, de l'iodure de fer, des frictions et l'électricité. Au bout de trois mois de ce

traitement, la malade était guérie. Il n'y avait jamais eu d'œdème : il y avait une légère pigmentation à la partie postérieure du cou et sur la lèvre supérieure.

CAS II. — M. H. . . , âgé de 39 ans, avait des antécédents héréditaires de rhumatisme, mais il n'en avait jamais souffert. Sept mois avant d'être observé par le Dr Jenner, il remarqua qu'il éprouvait un peu de raideur des jambes qui enlèrent.

Quatre semaines environ après l'apparition de cet œdème, il remarqua une décoloration, d'après lui subite, des hanches et des aines. Trois mois plus tard, le frère du malade s'aperçut que la peau de ce dernier s'était épaissie vers les hanches et les cuisses. Cette induration augmenta rapidement, gagna le tronc et les jambes. Au moment où le médecin le vit, il ne pouvait se déshabiller seul. La peau du thorax était si étroitement appliquée sur les os sous-jacents qu'il ne pouvait que dilater fort peu sa poitrine. Sur l'abdomen, la peau était tendue, quelque peu épaissie, décolorée à sa partie inférieure. Sur les régions inguinales se trouvait une pigmentation très marquée. Sur les régions lombaire et sacrée, la peau était fort tendue, indurée, très fortement pigmentée et brillante. C'était au niveau des articulations coxo-fémorales que la maladie avait atteint son maximum; les téguments y étaient aussi durs que du bois et adhéraient aux parties sous-jacentes. A la partie inférieure des cuisses, les lésions avaient moins d'intensité. La raideur des téguments au niveau du creux poplité lui rendait la station debout difficile. La décoloration était plus prononcée sur les jambes que sur les cuisses. A leur partie antérieure se voyaient quelques plaques blanches avec absence complète de pigmentation : la peau y avait un aspect presque cicatriciel. Les mollets étaient atrophiques et recouverts de téguments fort indurés. A la partie externe de la jambe droite se voyaient des traînées de pigment brunâtre séparées par des bandes blanchâtres. La peau des pieds était tendue, et les lésions diminuaient graduellement jusqu'aux orteils qui étaient normaux.

Au niveau de certaines des régions malades, il y avait un peu de diminution de la sensibilité; mais il y en avait d'autres dont la sensibilité tactile était intacte. Le malade fut soumis à l'iodure de potassium, à l'iodure de fer, à l'huile de foie de morue, à des frictions à l'huile d'olive et aux courants électriques. Ce traitement avait déjà amené au bout de quelques semaines une légère amélioration.

L'auteur fait suivre l'exposé de ces deux cas de longues considérations sur l'étiologie de la sclérodermie. Il ne croit pas que ce soit une trophonévrose parce que, dans certains cas, elle finit par guérir. Il pense qu'il est beaucoup plus logique de la rattacher aux affections rhumatismales, et cependant il ne veut pas dire par là qu'elle n'ait point quelques relations avec les affections de cause nerveuse, car, pour lui, pas mal de lésions, dites rhumatismales, ont cette origine. Radcliffe Crocker ne fait pas de la sclérodermie une manifestation du rhumatisme, mais il croit que le rhumatisme et la sclérodermie peuvent être dus aux mêmes causes.

L'auteur fait remarquer la similitude au point de vue anatomique des lésions articulaires chroniques du rhumatisme et des lésions cutanées de la sclérodermie. On observe assez souvent de la péricardite dans la

scélérodermie comme dans le rhumatisme. L'auteur pense qu'il y a là assez de traits communs pour que l'on essaye de traiter la scélérodermie par des médicaments reconnus efficaces contre le rhumatisme. L. B.

XI.—Miss C. A., âgée de 36 ans, vint consulter l'auteur le 19 mars 1885 pour une affection cutanée dont le début remontait à vingt ans. Elle avait commencé à la partie interne de l'avant-bras droit et s'était accompagnée de faiblesse musculaire suffisante pour l'empêcher de jouer du piano. La maladie resta cantonnée pendant quelque temps à l'avant-bras; puis d'autres plaques apparurent sur la partie latérale droite de la poitrine, entre l'épine dorsale et le sein, au-dessus de celui-ci. L'auteur trouva dans ces régions de larges taches brunâtres formant une ligne oblique de haut en bas et d'arrière en avant sur la partie latérale de la poitrine, et une autre ligne à la partie interne du bras et de l'avant-bras. La poitrine du côté malade paraissait être un peu moins pleine que du côté opposé, et il y avait une légère atrophie des muscles cubitiaux de l'avant-bras. Cependant on n'observait aucune atrophie appréciable des muscles de la main, innervés par le nerf cubital. Au milieu de plusieurs de ces taches brunes se trouvait une plaque blanche : la peau malade était un peu rude, mais il n'y avait aucune induration bien marquée. Toutes ces plaques existaient depuis dix ou quinze ans au moins. Cependant une plaque nouvelle s'était formée sur le dos depuis moins de huit mois. Sa forme était ovale, ses dimensions celles d'une couronne (pièce de monnaie anglaise); elle était épaisse, blanche, comme charnue à son centre et entourée d'une zone violette à peine marquée. Elle était le siège d'un léger prurit.

L'auteur ajoute que ce cas lui semble démontrer qu'il existe des liens étroits entre le zona et la morphée. Il y avait sans doute plusieurs nerfs intercostaux intéressés, et non seulement des nerfs intercosto-huméraux, mais probablement aussi quelques filets du brachial cutané interne peut-être du cubital. Ce cas est également intéressant en ce qu'une nouvelle plaque s'est développée alors que depuis plusieurs années l'affection paraissait être enrayée. L'auteur ajoute qu'il est fort rare d'observer des récides de morphée. Lorsqu'elles se produisent elles ne le font qu'après un intervalle fort long de guérison apparente et presque toujours la seconde atteinte est fort bénigne : c'est encore là une particularité qui établit d'après lui un lien de plus entre la morphée et le zona.

L. B.

XII.—Le malade, âgé de 21 ans, matelot, vint consulter l'auteur en décembre 1885. Cinq ans auparavant, peu après son début comme marin, il vit se produire un grand nombre de points noirâtres saillants sur la face dorsale des mains. Bientôt après, le cou, les bras et les autres régions du corps présentèrent la même lésion. Depuis lors elle a toujours persisté avec une légère amélioration quand le malade est à terre, et une légère aggravation quand il est sur mer.

La peau du malade est grisâtre ou brunâtre, surtout vers l'abdomen, les régions deltoïdiennes, la face externe des cuisses. Quand on passe la main sur elle on éprouve une sensation de dureté et de rudesse tout à fait particu-

lière. Les conduits des glandes sébacées font saillie au-dessus du niveau des téguments et sont occupés par une sorte de comédon, arrondi, grisâtre ou foncé, plus ou moins proéminent et pouvant avoir de un quart à un demi-pouce de haut; ils atteignent leurs plus grandes dimensions sur la partie postérieure du cou, sur l'abdomen, sur les parties postérieures des bras, des cuisses et des jambes. De petits poils blancs font saillie de beaucoup de ces follicules, surtout sur l'abdomen. Lorsqu'on fait sortir les comédons par expression, on voit qu'il sont grisâtres, cornés, quelque peu brillants, durs et parfaitement secs; cependant à leur partie profonde ils se continuent avec une substance un peu visqueuse et adhérente profondément située dans l'intérieur du follicule. Celui-ci reste dilaté après qu'on a fait sortir son contenu. Il n'y a pas d'ailleurs la moindre réaction inflammatoire, la moindre suppuration. Il n'y a pas non plus de prurit.

La muqueuse du palais et celle du voile du palais sont parsemées d'innombrables petites taches brunâtres paraissant être plutôt déprimées que surélevées. La langue est rugueuse au toucher, blanche, pâteuse, profondément fissurée et quelques-unes de ces fissures atteignent même un huitième ou un quart de pouce de profondeur. La muqueuse buccale est opaline ou d'un blanc bleuâtre, elle est épaissie par places, et çà et là se trouvent des plaques bien limitées avec des fissures superficielles. Cette leucoplasie est surtout marquée aux commissures des lèvres et elle forme deux bandes antéro-postérieures suivant la ligne de jonction des deux mâchoires. Le malade s'est toujours connu ces lésions; elles ne sont d'ailleurs nullement douloureuses et ne lui causent pas la moindre gêne, sauf lorsqu'il prend des condiments.

L'examen du contenu des follicules montre qu'il y a pénurie de matière grasse et exagération marquée des éléments cornés. Il est probable, ajoute l'auteur, qu'il faut chercher la cause de cette cornification dans une lésion quelconque des glandes sébacées, permettant une exfoliation prématurée de l'épithélium avant que la transformation graisseuse des cellules ne soit complète; il doit y avoir de plus une atonie de ces glandes ou un défaut de leur pouvoir excréteur.

Le Dr Morrow a recherché dans les divers auteurs des cas semblables: il en a trouvé un à peu près identique comme lésion, décrit par M. le Dr Guibout sous le nom d'acmé sébacée cornée. Il fait remarquer toutefois que, dans l'observation du dermatologiste français, il n'y avait que les sourcils, les joues et le nez d'atteints, tandis que dans le cas précédent la face, la paume des mains et la plante des pieds étaient les seules régions qui fussent indemnes.

J'ai vu pour ma part au moins deux cas semblables à celui qui précède à l'hôpital Saint-Louis. On les y connaît sous le nom d'acmé cornée. Mais je dois avouer que les lésions étaient limitées au cou et aux régions voisines du tronc; elles atteignaient leur maximum de développement vers la nuque où les saillies cornées avaient plusieurs millimètres de long.

Le Dr A. R. Robinson a pratiqué l'examen histologique de ces éléments morbides; on en enleva au malade un seul sur l'abdomen, deux sur le dos. La couche cornée est plus épaisse qu'à l'état normal, le rete

n'a pas subi de modifications; le chorion n'offre d'anormal qu'une légère dilatation de quelques vaisseaux vers la lésion. Quant à l'élément morbide lui-même, voici ce que l'on constate sur une coupe passant par son centre : la partie qui fait saillie consiste en cellules épithéliales à des stades variables de dégénérescence; celle qui s'enfonce dans le follicule est constituée par un épithélium dégénéré, graisseux et corné, par des débris de graisse, d'épithélium et de poils, le tout contenu dans une glande sébacée fort dilatée. Les cellules épithéliales de cette glande sébacée forment des couches aplaties contre la membrane, et celles qui sont les plus internes ne montrent aucune tendance à subir la transformation graisseuse ordinaire.

Il est évident, d'après cet examen, que la lésion n'occupe que la glande sébacée et non le follicule pileux qui pénètre beaucoup plus avant dans le derme.

Sur des coupes intéressant une lésion moins ancienne, on voit un épaississement très marqué de la couche cornée vers les papules, une augmentation du pigment des cellules du rete. Les vaisseaux du chorion sont quelque peu dilatés, et il y a quelques cellules rondes tout autour d'eux, indice d'un fort léger processus inflammatoire, peut-être dû à l'irritation causée par les pressions exercées sur les papules. Les saillies sont formées par des cellules cornées, et l'affection peut à juste titre être appelée une kératose des follicules.

L. B.

XIII.—La tumeur dont l'auteur donne l'examen histologique provenait d'un homme âgé de 33 ans, qui avait sur le corps beaucoup de tumeurs fibromateuses. Le 3 mars, on excisa un groupe de trois petits néoplasmes situés sur la partie droite de la poitrine; on sutura tout de suite. Le 8 mars, on enleva les fils, et il ne resta plus qu'une cicatrice linéaire sans rougeur ni induration périphériques. Dix jours plus tard environ, le chef de clinique de l'auteur, Bernard Robinson, vit qu'il se produisait un peu de rougeur tout autour; mais ce ne fut que vers le 1^{er} avril que l'on vit bien distinctement une kéloïde se former sur la cicatrice linéaire : la tumeur avait environ trois quarts de pouce de long sur un tiers de pouce de large, et elle faisait une saillie d'environ un huitième de pouce au-dessus du niveau des téguments. On l'enleva le 4 avril : sa durée ne pouvait donc pas dépasser trois semaines. Le fragment fut divisé en deux parties : dans l'une on fit des coupes parallèles au grand axe de la tumeur, dans l'autre des coupes perpendiculaires à cet axe.

Sur une coupe transversale on voit nettement, même à l'œil nu, la tumeur enclavée dans le chorion et dont la limite supérieure borde le reste. L'examen microscopique montre qu'elle est constituée par deux lobes inégaux séparés par une bande étroite de tissu fibreux. Cette bande correspond sans doute à l'union des deux lèvres de la plaie et représente la cicatrice primitive.

La tumeur est entourée de tissu fibreux constitué probablement par les fibres du chorion refoulées qui lui forment une sorte de capsule. Le tissu morbide est divisé en tous sens en pseudo-lobules irréguliers par d'étroits

tractus ramifiés : un grossissement suffisant montre que ces tractus sont des vaisseaux sanguins entourés d'un tissu fibrillaire qui leur forme une gaine et adhère à leur paroi externe très riche en cellules bien colorées. L'intervalle qui sépare les vaisseaux est rempli par un tissu cribriforme ténu formé d'une charpente de tissu fibreux, et dont la plupart des mailles renferment une cellule. La tumeur proprement dite s'arrête juste au-dessous de la couche papillaire; en ce point se trouvent beaucoup de fibrilles délicates qui courent horizontalement au-dessous du rete, qui contiennent de nombreux vaisseaux dilatés et forment une partie de la pseudo-capsule. Les papilles n'existent pas, la couche de cellules perpendiculaires du rete forme une ligne horizontale d'une rectitude parfaite au-dessus de la tumeur. Les cellules de la couche basilaire ne sont pas aussi bien formées que d'ordinaire, mais le reste du rete et les couches cornées paraissent être normales : cependant l'épiderme semble être légèrement épaissi. Au delà des limites de la kéloïde, les papilles sont hypertrophiées, et à une distance considérable de la tumeur latéralement et au-dessous les vaisseaux sanguins sont dilatés et entourés de cellules rondes, probablement de leucocytes, fort abondants près de la tumeur, de moins en moins nombreux à mesure qu'on s'en éloigne. Cette infiltration est surtout abondante autour des follicules pileux, des glandes sébacées et sudoripares.

Sur les sections parallèles au grand axe de la tumeur, le tissu morbide paraît constitué par des fibrilles délicates flexueuses ou par de petits faisceaux de ces fibrilles, à contours nets, courant suivant la direction du grand axe de la tumeur et formant une trame délicate à étroites mailles horizontales qui renferment des cellules aplaties ou fusiformes adhérentes aux parois du réseau. Ces cellules sont partout nombreuses, mais surtout autour des vaisseaux. Dans la couche papillaire, les fibres se dirigent à angle droit par rapport à celles de la tumeur et forment une étroite bande de tissu cribriforme. Sur plusieurs coupes, les papilles et les saillies du rete de Malpighi sont normales au niveau de la tumeur en certains points, atrophiées en d'autres; et ces différences tiennent à ce que le tissu morbide est plus ou moins près de la zone papillaire.

Si l'on compare l'examen histologique qui précède à ceux que Langhans, Warren junior, Neumann et Kaposi ont publiés dans ces derniers temps et qui ont trait à des kéloïdes anciennes, on voit qu'à mesure que la tumeur vieillit, un grand nombre de vaisseaux s'oblitérent, surtout au centre de la tumeur, et se convertissent en tractus fibreux. La plupart des cellules et des noyaux disparaissent, et le tissu fibreux nouveau forme des bandes parallèles au grand axe de la tumeur.

L'envahissement des vaisseaux voisins à une certaine distance montre que, lorsqu'on veut enlever une kéloïde, il faut tailler largement dans les tissus sains en apparence pour ne pas avoir de récidives. L. B.

XIV. — Dans une communication faite en mai 1883 à la Société médicale de l'État de Missouri, l'auteur a déjà préconisé l'emploi de l'électrolyse dans le traitement des cicatrices exubérantes.

Voici comment il a été conduit à expérimenter cette méthode : une dame, qui était venue le consulter pour se faire enlever des poils, pré-

sentait çà et là, sur ses téguments, de nombreuses cicatrices volumineuses et irrégulières consécutives à des injections caustiques qu'elle avait pratiquée dans les follicules pileux pour arriver à les détruire : elle n'avait réussi qu'à rendre les racines des poils fort tortueuses ; en essayant de les opérer au moyen de l'électrolyse, l'auteur fut donc obligé de faire agir l'aiguille sur le tissu cicatriciel. Quel ne fut pas son étonnement en voyant les cicatrices vicieuses diminuer, s'affaïsser, s'assouplir entièrement.

Dans une autre communication faite par le Dr Hardaway, le 27 août 1885, à l'Association dermatologique américaine, sur le traitement des taches de vin par l'électrolyse, il mentionna un deuxième cas dans lequel il s'agissait d'une jeune dame chez laquelle il s'était développé au front une cicatrice surélevée et rayonnée à la suite d'une électro-cautérisation pratiquée pour détruire une tache de vin. L'auteur, éclairé par le fait précédent, attaqua ici cette lésion par l'électrolyse avec l'espoir d'en amener la disparition. Depuis lors, à plusieurs reprises, il a commencé à traiter de vraies kéloïdes par l'électrolyse, mais comme il n'a jamais opéré ainsi que des malades de son dispensaire, il n'a jamais pu les suivre assez longtemps pour avoir une opinion bien arrêtée sur ce sujet.

Il y a deux ans, un médecin lui envoya sa sœur, âgée de 30 ans, pour qu'il la traitât d'une kéloïde située sur le côté droit de la poitrine, un peu au-dessus de la clavicule ; elle s'était développée à la suite de l'extirpation d'une toute petite tumeur, et avait peu à peu atteint les dimensions d'un demi-dollar d'argent ; elle faisait sur les téguments une saillie d'un quart de pouce ; elle était le siège de sensations constantes de douleur et de brûlure. Le Dr Hardaway opéra cette tumeur à plusieurs reprises par des ponctions multiples avec l'aiguille électrolytique ; tantôt tatouant la surface de la lésion, tantôt enfonçant l'aiguille dans son intérieur, en diverses directions. Au bout de plusieurs séances, la malade ne voulut plus continuer parce que l'opération était trop douloureuse ; cependant la kéloïde avait déjà commencé à s'affaïsser et les symptômes douloureux avaient beaucoup diminué ; ils finirent même par disparaître. Quelque temps après (vers le mois de mai 1886), l'auteur revit cette malade et il fut agréablement surpris en trouvant, à l'endroit qu'occupait la tumeur kéloïdienne, une cicatrice souple, blanche, ne faisant plus qu'une fort légère saillie.

L. B.

XV. — L'auteur a observé deux cas de cette singulière affection :

Le premier concerne un homme vigoureux et bien musclé, âgé de 61 ans, employé de la poste, qui, jusqu'en 1882, n'a eu que des maladies de peu d'importance. Ses enfants et sa femme sont bien portants.

Au commencement de juin de cette même année il remarqua au niveau du mamelon gauche une tache rouge, prurigineuse, de la largeur d'une

pièce d'un franc, légèrement squameuse par le grattage. Peu de temps après il survint des plaques analogues dans le tiers inférieur de la jambe gauche; l'une, qui avait son siège à la partie supérieure du tendon d'Achille, est guérie. Fin octobre, plaque croûteuse de la dimension d'une pièce de 50 centimes au voisinage de la tempe gauche, entre les cheveux. A peu près en même temps, deux taches rouges plus petites, un peu plus rapprochées du front, et une autre à la pointe du nez; jamais elles ne desquamèrent et ne devinrent humides; peu à peu elles diminuèrent. Fin novembre, tache prurigineuse avec abondante desquamation à gauche du sacrum.

Au début, onguent diachylon comme pansement; du 16 novembre au 15 janvier 1883, 50 grammes d'iodure de potassium; depuis le 15 décembre, emplâtre hydrarg sur la tumeur axillaire gauche, le tout sans résultat.

Le 6 février 1883, à sa première visite, Kœbner trouva sur le thorax du côté gauche, à 8 centimètres en dehors du mamelon, une tumeur rouge bleuâtre, du volume d'une figue, ayant environ 1 centimètre 1/2 de hauteur, pédiculée, analogue à une demi sphère aplatie, dont le tiers extérieur était recouvert d'un épiderme délicat, en fine desquamation; les deux tiers internes formaient un cercle légèrement érodé, à sécrétion séreuse. Cette tumeur est assez dure au toucher, elle pénètre environ d'un tiers de centimètre dans le tissu sous-cutané. Si on la comprime perpendiculairement, elle a la consistance d'une éponge, elle n'est nullement douloureuse au toucher, le malade éprouve même une sensation agréable, un peu prurigineuse, si par la pression on la comprime presque jusqu'au niveau des parties voisines. En dedans deux petites taches avec fine desquamation rouge clair, de la dimension d'une pièce de 50 centimes; une plus grande à deux travers de doigt au-dessous du sein gauche. — Tache analogue, non squameuse, rouge bleuâtre, sèche, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, à la partie supérieure de la fesse gauche; un peu d'eczéma squameux de l'anus. Toute la peau de la poitrine du côté gauche, du sein jusqu'au creux axillaire et en bas jusqu'à l'os iliaque, est recouverte d'ilots marbrés rouges sur lesquels font saillie de nombreuses tumeurs folliculaires. Sur la jambe droite, taches plus volumineuses que du côté gauche, les unes plates, les autres en défurcation, dont les dimensions varient de celle d'une pièce de 50 centimes à celle de 1 franc, rouge foncé, plus ou moins prurigineuses; quelques-unes de ces taches sont recouvertes de croûtes épaisses, les autres sont le siège d'un infiltrat de 2 centimètres 1/2 de longueur. Au-dessous de la croûte la surface, d'ailleurs sèche, présente plusieurs petits points humides.

Sur la jambe gauche, outre des vestiges de plaques analogues, on trouve au-dessus du tendon d'Achille deux tumeurs assez dures, indolentes à la pression, de la grosseur d'une olive, très rapprochées l'une de l'autre: la plus interne est recouverte d'une croûte très mince, peu adhérente, pas d'humidité au-dessous. On peut aussi la réduire par compression jusqu'au niveau de la peau.

Sur la tempe gauche, entre les cheveux, tumeur arrondie, à fine exfoliation, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Les ganglions des régions cervicale, axillaire et inguinale ne sont pas tuméfiés. Rien d'anormal du côté du cœur, des poumons, de la rate et du foie. Urine, poids spécifique 1021, phosphates abondants, pas de sucre. État général, appétit et sommeil excellents. Constipation habituelle.

Traitement: liqueur de Fowler 6 gouttes par jour, jusqu'à 12 gouttes, localement, ouate salicylée.

15 février. — Les taches larges et les tumeurs sont dans le même état, les nombreuses élevures punctiformes, rouges, de la paroi thoracique gauche sont plus petites et plus claires. — Inoculation, sur la partie gauche du thorax, de la sécrétion séreuse mêlée à du sang, provenant de la surface érodée de la plus grosse tumeur; sur la portion droite du thorax, inoculation avec du sang et un peu de tissu que l'auteur a pris à travers le côté intact de cette même tumeur.

22 février. — Les inoculations n'ont pas réussi; des croûtelles sanguinolentes adhèrent encore à cinq piqûres d'inoculation. La surface de la tumeur sous-axillaire est recouverte d'une croûte sèche, épaisse. Même état. La rougeur et l'aspect tacheté de la paroi thoracique gauche ont beaucoup diminué. Pas de prurit. Pas d'albumine ni de sucre, pas de tuméfaction de la rate ni du foie. Depuis le 15 février le malade prend 15 gouttes par jour.

Le 28 février le malade était arrivé à 20 gouttes de liqueur arsenicale par jour. La tumeur pectorale gauche, un peu déprimée à la surface, plissée, un peu moins rouge bleu, à surface tout à fait cutanée. De toutes les taches du voisinage il n'en reste plus qu'une. Toutes les autres tumeurs sont dans le même état. A partir d'aujourd'hui, 25 gouttes de liqueur arsenicale.

Le 4 mars, la tumeur en forme de cercle, recouverte d'un épiderme fin et uni, située sur la tempe gauche, mesure en hauteur et en largeur 2 centimètres, en épaisseur 3 millimètres. Un contact léger avec le doigt éveille le prurit, une pression perpendiculaire énergique est douloureuse. Deux vestiges de taches rouge pâle existent au voisinage des cheveux à 1 1/2 et 2 1/2 centimètres en avant de cette tumeur. La grosse tumeur (thorax) mesure actuellement le bras pendant 3-7 centimètres.

Diamètre transversal, 2; longitudinal, 2; épaisseur, 1,1.

Aux jambes, les croûtes deviennent de plus en plus petites. A la jambe gauche, l'infiltrat est beaucoup plus petit que la base primitive qui avait presque l'étendue de la paume de la main; à la jambe droite l'infiltrat au niveau du tibia ainsi que la grande tache rouge jaune sont couverts d'écaillés. Toutes les petites taches, plus claires.

7 mars. — Lorsque l'auteur présenta ce malade, il démontra la variabilité provoquée artificiellement de la grosseur et de la forme des tumeurs rénitentes, notamment de la plus grande, soit par pression perpendiculaire, soit par une modification dans la tension de la peau, c'est-à-dire des muscles; il fit voir en outre que l'épiderme s'enlevait facilement par le simple passage du doigt et que de la sérosité s'écoulait abondamment à la suite de cet enlèvement. Il fit remarquer à cette époque que les tumeurs étaient devenues plus molles et plus flasques après quatre semaines de traitement arsenical. En outre, jusqu'au 16 mars 1883, la tumeur temporale s'était notablement affaïssée, la coloration rouge brun s'était accentuée et la surface était unie et sèche. La tumeur sous-axillaire, sous l'influence de la ouate salicylée, s'était recouverte d'un épiderme mince, ridé; elle était encore plus apatie et flétrie.

Pour l'examen microscopique, on enlève cette grosse tumeur au moyen d'une grande incision elliptique, comprenant en outre une portion de la peau saine voisine et le tissu sous-cutané jusqu'à la limite des fascias.

23 mars. — Guérison par première intention.

30 mars. — Cicatrice solide. Les points ulcérés des jambes suppurent plus abondamment qu'auparavant.

20 avril. — On enlève la grosse croûte existant sur le tibia droit; au-dessous

la suppuration est abondante; on détache également la croûte plus mince qui recouvre la plaie qui est située en dedans; cette dernière forme une plaie aplatie et ne présente que peu de granulations; la première au contraire est une plaie indolente, dure au toucher, à granulations assez grosses, peu élevée au-dessus des parties voisines. On cesse le pansement avec la ouate salicylée. — Toutes les autres taches des jambes sont plus claires, rouge jaune.

28 avril. — La principale ulcération à droite et celle en dedans sont presque cicatrisées avec une légère dépression au centre; il en est de même à gauche.

10 mai. — Les cicatrices des deux côtés sont plates, sans aucune dureté, seulement une légère rougeur. A la jambe gauche, la large plaque primitivement humide est sèche, les deux nodosités situées en arrière ont disparu depuis environ le 20 avril. Toutes les taches des jambes ainsi que celles situées à gauche sur le sacrum sont rouge jaune clair, même la plus ancienne située près du mamelon gauche est un peu plus foncée, rougeâtre, mais depuis six semaines tout à fait plate. Près de la tempe gauche il ne reste plus qu'une tache cicatricielle rougeâtre légèrement déprimée.

Jusqu'au moment où l'on a enlevé la tumeur (16 mars) le malade a pris 32 grammes de solution de Fowler; après une interruption de quatre semaines, il en a pris, du 15 avril au 15 mai, 20 grammes. Comme complément, cure de lait à la campagne pendant six semaines.

Köbner a revu ce malade au mois d'août 1886, c'est-à-dire trois ans et trois mois après; la guérison ne s'était pas démentie.

Le deuxième malade est une femme de 66 ans, excessivement robuste, à pannicule adipeux considérable. Son histoire pathologique est longue. Dans sa famille il n'y a jamais eu de néoplasmes ni de maladies de la peau. Jusqu'à il y a huit ans elle a toujours été très active, elle a eu 9 enfants bien portants. Son mari jouit aussi d'une bonne santé. Depuis plus de sept ans elle souffrait sans cesse d'un catarrhe chronique des bronches et d'emphysème avec accès d'asthme. Dans l'été de 1883, après une cure aux bains de Kissingen, il lui survint deux plaques rouges aux jambes (au mollet gauche, grande comme la paume de la main; sur le tibia droit, de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent). En même temps, rougeur des deux yeux (épisléríte). Le 30 janvier eczéma des deux jambes, de la face et du cou; au milieu de mars, pleurésie à gauche (avec un peu d'exsudat), après laquelle il se produisit une diminution rapide de l'eczéma. Cependant, malgré le traitement employé, l'éruption au commencement de novembre s'était presque généralisée.

Le 6 novembre 1884, Köbner vit cette malade pour la première fois, l'eczéma était dans le même état; au 3 juin 1885, il y avait encore des traces d'eczéma sur le cuir chevelu, le front et les jambes; au tronc et aux membres inférieurs il ne restait plus que de la pigmentation.

Le 18 juin la scène changea complètement. Sur le tronc et les cuisses, nodosités dures de 2 à 3 centimètres de longueur, la plupart ovales, rouge bleuâtre, prurigineuses, saillantes d'un quart de centimètre sur les deux omoplates, du double sur les cuisses. La plus ancienne et la plus grosse à gauche sur le bas-ventre présentait déjà un centre clair entouré d'un bourrelet périphérique dur, avec petites squames très adhérentes. La malade avait remarqué cette nodosité depuis trois semaines, toutes les autres depuis dix jours seulement. En raison d'un violent prurit on prescrivit la pommade à l'oxyde de zinc

et, à partir de juillet, des lavages avec un mélange d'alcool et d'acide salicylique. Pendant les deux à trois premières semaines d'un séjour à Munich, les nodosités disparurent et le prurit cessa. Mais, depuis le 25 juillet, peut-être sous l'influence de la grande chaleur et de sueurs abondantes, il devint intolérable.

Dans les trois dernières semaines, des plaques rouge clair, très cuisantes, se multiplièrent, toutefois sans nodosités, principalement aux bras, aux mains et au cou. Une pommade benzoïnée au zinc calma le prurit. Il ne survint pas de nouvelles nodosités jusqu'au 20 août. Ce même jour apparurent de nouvelles et nombreuses nodosités très prurigineuses, sur les bras, les mains, le dos et la face, qui, à l'exception d'une tache sur le front, provenant de reste de l'eczéma antérieur, était restée indemne jusqu'à présent. Une partie des infiltrations plates, ovales ou arrondies, notamment sur les omoplates, se résorba dans l'espace de deux à trois semaines; il ne resta que des cercles larges en forme de bourrelet, qui se joignirent la plupart aux nodosités voisines.

Du 26 août au 5 septembre, la malade prit, huit fois par jour, 5 décigrammes de salicylate de soude et fit usage de pommade au zinc, mais sans atténuation du prurit. Depuis le 5 septembre, trois fois par jour 8 gouttes de :

Solution de Fowler. . . 2 grammes.

Eau de menthe. . . . 6 grammes.

Onction sur tout le corps avec la pommade indiquée ci-dessus. Pommade boriquée sur les nodosités des paupières.

Le 9 septembre, trois nodosités sur le poignet gauche et une au bas-ventre s'ouvrirent superficiellement et devinrent humides. Le prurit est devenu si intolérable que la malade était obligée de se faire frictionner le dos plusieurs fois par jour avec une serviette.

Le 11 septembre. — De 27 jusqu'à 33 gouttes de la solution arsenicale.

Depuis le 12 septembre quatre nodosités deviennent humides. (2 sur la main droite, 1 sous le bras gauche et 1 sur le dos). La plupart des nodosités sont toutefois affaissées et ne sont plus d'un rouge bleu si intense (à l'exception de deux plus saillantes sur le tibia gauche); par contre il est survenu une grande quantité de nouvelles taches peu élevées sur le dos et les malléoles; leur épiderme commence à se détacher. Ces taches sont prurigineuses, plus douloureuses après le grattage.

Depuis le 13 septembre, légère tuméfaction œdémateuse des deux seins, plus forte aux mollets et aux pieds.

A partir du 17 septembre, 36 gouttes par jour en trois fois, puis 40 gouttes (10 gouttes de solution de Fowler). Localement, huile d'olive sur le dos, poudre d'oxyde de zinc et d'amidon, sur les bras et les jambes pommade benzoïnée au zinc.

Dans des préparations sèches provenant de sang pris à cette date sur une nodosité (non ouverte) de la jambe et du dos, le professeur Ehrlich trouva des proportions essentiellement normales, particulièrement aucune augmentation des corpuscules blancs; seulement le nombre des cellules eosinophiles s'est accru de 40 0/0. Pas de bactéries.

Le 24 septembre. — Jusqu'à ce moment les nodosités paraissaient aller en diminuant. Köbner excisa une nodosité rouge foncé du volume d'une demi-cerise sur le dos de la main gauche, nodosité dont la moitié s'était déjà effondrée, — examen du sang provenant de la pointe du doigt. — L'œdème des pieds et des mollets est encore très prononcé, celui des seins a beau-

coup diminué. Les taches sur le dos des pieds et des articulations ont depuis trois jours presque complètement disparu et ne sont plus le siège que d'une légère desquamation. Urine trouble avec dépôt considérable d'urates de soude, poids spécifique 1019, pas d'albumine ni de sucre. On suspend la solution de Fowler dont la malade a pris en tout 8 grammes. — La desquamation s'étend au delà des limites des anciennes taches qui sont devenues tout à fait pâles et qui ont maintenant une teinte très blanche. La tuméfaction des seins et des mollets a beaucoup diminué. Depuis hierdiurèse abondante.

Le 4^{or} octobre. — La plaie par excision est cicatrisée par première intention. Une nodosité sur le bord interne du pied droit s'est ulcérée quelques jours après, d'autres suivent la même marche, d'abord aux mollets, surtout à la plaque située sur la partie externe du mollet gauche qui avait été le premier siège de l'eczéma dans l'été de 1883, et sur le tibia droit.

Sécrétion très abondante et rapidement putride au niveau de ces ulcérations; huit jours environ après son apparition le prurit cessa. Pendant ces dernières semaines quelques nodosités plates se tuméfièrent considérablement, d'abord aux membres inférieurs, puis au ventre et sur l'avant-bras droit, elles sécrètent une sérosité abondante et très peu de pus ténu. A partir du 20 octobre lotions des ulcérations avec une solution d'hypermanganate de potasse, sur le dos pommade benzoïnée au zinc avec addition de poudre de calamine, sur les cuisses pommade de chloral et de camphre et à l'intérieur benzoate de soude toutes les heures (0,87,5). Quelques jours plus tard le prurit devint tolérable; par contre la quantité d'urine était notablement inférieure aux boissons absorbées; trois fois par jour 2 décigrammes de fleurs de benjoin et sur la seule nodosité très ulcérée du pied gauche une pommade composée de vaseline salicylée, de baume du Pérou et de teinture d'opium.

Le 7 novembre, la malade, qui jusqu'alors se promenait, fut obligée de garder le lit. La quantité d'urine est de 1 litre, bien que depuis le 7 novembre elle absorbe environ 4 litres de liquide par jour; anasarque prononcée des jambes et des mains; on suspend à partir du 8 novembre toute médication interne.

Sédiment brunâtre abondant, nombreux cylindres de fibrine hyalins tout à fait isolés, la plupart granuleux, quelques cellules épithéliales, corpuscules rouges et beaucoup de cristaux d'acide urique; l'urine a un poids spécifique de 1015, réaction acide et beaucoup d'albumine.

Le 9 novembre, réapparition du prurit qui avait complètement cessé pendant dix à douze jours. En même temps apparurent, sur des taches rouge foncé, auparavant lisses, au cou, sur la région supérieure de la poitrine, de la face interne des bras et de la partie supérieure du ventre, des nodosités circonscrites qui, vers le 11 novembre, prirent un aspect particulièrement rouge et devinrent très prurigineuses. Depuis le 9 novembre, la malade éprouve, au début du pansement, une soif ardente, des frissons, un grand malaise, des envies de vomir; le 9 novembre, pendant le pansement, elle eut un évanouissement avec crampes de la face et des membres.

13 novembre. — Outre l'accroissement constant et général des nodosités sur tout le corps, il se produisit sur le cuir chevelu, au niveau du sinciput, une nodosité rouge clair, allongée, et deux autres de la grosseur d'une cerise, très rapprochées l'une de l'autre, recouvertes d'une croûte mince, sur l'occiput, ainsi qu'une autre nodosité presque aussi grosse, ulcérée très superficiellement et très douloureuse près de l'angle externe de l'œil droit. Ganglions sous-maxillaires, cervicaux, occipitaux et inguinaux modérément engorgés.

Battements du cœur réguliers, mais moins marqués, pouls 100, temp. du matin, 37°,5; du soir, 37°,7 à 38°.

24 novembre. Toutes les tumeurs augmentent dans la paume des mains et sur les doigts apparaissent de nouvelles petites tumeurs, grosses comme un pois; celles qui se trouvaient sur les parties antérieure et postérieure du cuir chevelu s'ulcèrent et forment des tumeurs ulcérées de la grosseur d'une orange, saillantes d'environ 1 centimètre. Toutes les nodosités du bras, ulcérées superficiellement, étaient douloureuses; sur les organes génitaux, deux petites saillies dures situées à droite, dans le vestibule du vagin.

29 novembre. L'œdème des membres a diminué, le nombre des nodosités a partout augmenté, même à la face, qui en est presque uniformément recouverte, elle est rouge cuivre et a pris un aspect léonin. Etat cachectique très prononcé. Souffle systolique à la pointe du cœur.

7 décembre. Depuis deux jours, bras très brûlant; depuis hier, kérato-conjonctivite phlycténulaire avec ulcère superficiel au-dessus du limbe cornéen droit.

7 décembre. L'œdème a disparu, toutes les nodosités sont très déprimées, les ulcères en partie cicatrisés, en partie cratériformes et profonds, comme celui qui est récemment survenu sur le sein gauche. La tumeur située sur l'occiput est très aplatie; par contre, celle sur la partie antérieure du cuir chevelu est le siège d'un ulcère profond à sécrétion putride, les bras dans toute leur étendue et les jambes en quelques points, malgré l'iodoforme et les lotions antiseptiques, donnent lieu aux mêmes sécrétions. Température rectale à minuit, 38°,1 matin, et soir 37°,8.

Mort le 20 décembre.

Environ 9 heures après la mort, avant l'autopsie, un des jours les plus froids de l'hiver, l'auteur établit dans de la gélatine de peptone des cultures de fragments de tumeurs de la peau, soigneusement débarrassés de leurs squames avec du savon, de l'alcool absolu et une solution de sublimé, et, plus tard, des cultures de fragments d'un rein et de ganglions inguinaux.

Toute la peau est envahie par des tumeurs rouge brun foncé, en grande partie confluentes, très déprimées, presque plates, recouvertes de squames ou de quelques croûtes; sur les parties antérieure et postérieure du cuir chevelu, on voit les deux grosses tumeurs ulcérées, isolées, croûteuses, dont la dernière a envahi une partie du front. Il n'y a que quelques îlots de peau qui soient indemnes de saillies pathologiques, mais elle est d'un jaune sale et flasque dans ces points.

Tissu graisseux très abondant, muscles atrophiés, rouge jambon, humides. L'aorte et surtout les deux artères coronaires sont très athéromateuses. Poumons: le gauche est adhérent, surtout le lobe supérieur; l'inférieur est complètement atelectasique, dans la cavité pleurale gauche 1/2 litre de sérosité claire. Poumon droit emphysémateux. Dans la cavité crânienne, épanchement considérable. Membranes normales. Substance cérébrale un peu œdématiée, pointillé rouge au niveau des coupes. Ventricule gauche modérément dilaté par du liquide. Rien d'anormal sur les différentes parties du cerveau, du cervelet et de la moelle allongée. Rate un peu hypertrophiée, surface unie tachetée, de consistance très dure. Capsules surrénales très dures, rouge foncé. L'enveloppe des reins très riche en graisse. Les deux reins de grosseur

normale, avec cicatrices, rouge gris, un peu tachetés. Le tissu rénal atrophié en quelques points, jaune gris, d'un éclat grasseyé, pointillé sanguin abondant. Nulle part de réaction amyloïde. Dans le rein gauche, un kyste du volume d'un noyau de cerise arrivait jusque dans la portion corticale. La langue dans ses deux tiers antérieurs est recouverte d'une croûte brune très adhérente. Foie très gros ; à la surface, rouge jaunâtre et de consistance dure ; sur la coupe, de même coloration ; sang ténu coulant en abondance ; périphérie des acini jaune blanchâtre ; au centre, rougeur modérée. Les ganglions lymphatiques inguinaux et fémoraux sont un peu tuméfiés, principalement à gauche.

L'auteur, comme on le voit par la description précédente, a observé deux variétés de mycosis fongoïde, l'une localisée et l'autre généralisée.

L'examen microscopique a prouvé qu'il s'agissait dans ces cas d'une infiltration du chorion par des cellules de granulation. Il en résultait des tumeurs très développées au milieu d'amas de cellules, très serrées les unes contre les autres. Il y avait entre ces amas de grosses cellules isolées à plusieurs noyaux, des *Mastzellen*, et, principalement vers la partie inférieure de l'infiltrat, des cellules fusiformes très volumineuses remplies d'un protoplasma à granulations fines ou à gros grains. Dans le réseau de Malpighi, nombreuses cellules migratrices et, ainsi que dans les papilles, cellules pigmentaires brunes ramifiées.

Quant à l'examen bactériologique, il a été fait sur un certain nombre de tumeurs recouvertes d'épiderme intact, les unes prises sur le vivant, les autres peu de temps après la mort. Les coupes, examinées à l'aide de toutes les méthodes nouvelles de coloration connues jusqu'à ce jour, ont démontré qu'il n'existait, ni dans les vaisseaux (Rindfleisch et Hammer), ni dans les tissus (Hochsinger et Schiff), de bactéries dont la présence, dans les cas relatés par ces auteurs, devait être considérée comme accidentelle. Les cultures faites avec les liquides et les tissus ne donnèrent que des *staphylococcus aureus* ; celles avec les ganglions lymphatiques et les reins, des *staphylococcus albus* que l'on ne saurait considérer comme pathogènes.

Kobner retrace ensuite les particularités de ses deux cas et celles de tous les cas analogues qui ont été rapportés par les auteurs. En terminant cette intéressante communication, il pense que le mycosis fongoïde est une maladie infectieuse chronique typique ; et, abstraction faite du cours plus rapide de cette affection, et en l'absence des autres localisations de la lèpre, c'est encore avec cette dernière maladie qu'elle serait le plus comparable ; c'est du reste une opinion déjà émise par Bazin dans une de ses trois hypothèses sur le mycosis fongoïde.

Kobner reprend donc cet ancien nom de mycosis fongoïde et énumère les motifs de cette préférence pour la dénomination d'Alibert : en premier lieu, l'analogie clinique de cette maladie avec d'autres maladies re-

connues positivement comme parasitaires; en second lieu, il préfère désigner ses produits anatomiques comme des tumeurs infectieuses (d'après Klebs) ou comme des inflammations spécifiques (d'après Rindfleisch), plutôt que de les considérer comme des granulomes, expression purement descriptive, qu'on peut aussi appliquer à des produits tout à fait locaux d'origine traumatique; enfin c'est un nom international, compris dans tous les pays, comme Ernest Besnier l'a fait remarquer, et nullement, comme le croit Rindfleisch, un nom dont la signification nouvelle est maintenant assurée; en un mot, ce nom embrasse tout l'ensemble des symptômes de la maladie.

Il reste à découvrir la cause de la maladie, c'est un thème indiqué pour les chercheurs à venir.

A. DOYON.

MYCOSIS FONGOÏDE. — DISCUSSION. (Extrait des *Monatshefte f. prak. Dermatologie*, 1886, n° 11.)

Neisser tient énergiquement pour la dénomination de granulome fongoïde.

Les micrococci existent en réalité et de fait dans cette maladie; mais leur interprétation est prématurée, puisqu'on ne les trouve que dans les nodosités exulcérées, tandis que dans toutes les nodosités qui ont conservé leur épithélium il a été impossible d'en découvrir.

Par conséquent, les recherches actuelles ne permettent pas de décider si le mycosis fongoïde est ou non de nature parasitaire.

Schiff présente les micro-organismes dans des préparations microscopiques et des cultures.

Lewin signale l'apparition fréquente de cette maladie dans les Indes, et l'opinion répandue dans ce pays que le mycosis fongoïde est de nature contagieuse.

Geber insiste encore sur ce point qu'il ne trouve rien de caractéristique pour le processus dans la prolifération épithéliale.

Kobner rappelle à cet égard que les inoculations ont aussi donné un résultat négatif.

BIBLIOGRAPHIE.

LEÇONS SUR LES AUTO-INTOXICATIONS DANS LES MALADIES, professées à la Faculté de médecine de Paris pendant l'année 1885, par CH. BOUCHARD, professeur de pathologie et de thérapeutique générales. — Recueillies et publiées par le D^r P. LE GENDRE, chef de clinique adjoint de la Faculté (Paris, in-8° de 348 p. Librairie de F. Savy, 1887).

I

Les auteurs étrangers se plaignent souvent que les Français ne tiennent pas compte de leurs publications; ce n'est pas toujours sans raison, mais ce n'est jamais par la raison qu'ils invoquent : quand l'auteur français connaît ces publications, il ne manque jamais de le dire; mais la vérité est qu'il les ignore trop souvent, ignorant généralement la langue dans laquelle elles sont écrites. Et il en sera ainsi aussi longtemps que notre pays n'aura pas modifié son système d'enseignement secondaire, et aussi longtemps que les facultés de tout ordre, continuant à méconnaître les véritables intérêts de la science moderne, n'exigeront pas que leurs élèves possèdent entièrement au moins une des langues étrangères; jusque-là, ils auront, de ce chef, sur leurs camarades étrangers, une indéniable infériorité.

S'il fallait redresser chez nos compatriotes un travers, en ce qui concerne les choses de la médecine, ce serait plutôt celui qui les porte à accueillir le plus souvent avec un excès de faveur les productions étrangères, et cela d'autant mieux qu'ils ne les jugent le plus ordinairement que sur parole. Si Oërtel, Ebstein ou Schweininger étaient Français, malgré tout leur mérite ou tout leur talent, leurs noms n'auraient certainement pas chez nous la notoriété dont ils jouissent même auprès de ceux qui ne savent pas un mot de leurs doctrines ou de leur pratique.

Aussi, quelque grand et légitime accueil que doive recevoir le livre du professeur Bouchard, il ne doit pas l'attendre aussi grand que s'il fût venu de Londres, de Vienne ou de Berlin. Heureux encore est-il de venir de Paris! Car s'il avait été imprimé à Bordeaux, à Montpellier ou même à Lyon, combien eussent diminué ses chances d'être lu et connu. Combien de Parisiens ont lu Rollet, et combien savent au juste la valeur des travaux vénéorologiques et syphiliographiques de l'éminent et trop modeste auteur du *Traité des maladies vénériennes*? Et de même à Lyon, et ailleurs, pour beaucoup d'autres.

C'est bien en France, certainement, que se vérifie le mieux cette pa-

role que « nul n'est prophète en son pays », et le professeur Bouchard le sait aussi bien que personne. « Je n'espère pas beaucoup, dit-il, convaincre la génération dont je fais partie; quand on a son siège fait, on n'aime pas à le quitter pour entreprendre des études nouvelles. Je m'adresse donc surtout à ceux qui font maintenant leur éducation, et je leur demande de contrôler mes affirmations. »

Tout en reconnaissant ce qu'il y a de fondé dans les appréhensions de l'auteur, je ne saurais partager complètement sa pensée sur ce point. Son ambition doit porter plus haut et plus loin que la foule de ses disciples; et même un peu de méfiance à l'égard des jeunes générations ne saurait lui nuire pour se mettre en garde contre l'approbation si naturelle de l'élève envers le maître, et pour contrebalancer l'action de son prestige légitime. C'est, plus encore qu'aux élèves, aux médecins pratiquants, aux patriciens, qu'il doit s'adresser; c'est dans leur esprit qu'il doit chercher à porter la conviction; c'est dans leurs rangs qu'il trouvera les meilleurs prosélytes.

II

Il est vrai, en effet, que les doctrines du professeur Bouchard, encore qu'elles soient basées sur une étude scientifique et clinique que personne n'a jamais menée si loin dans cette direction, rencontrent une opposition réelle. Beaucoup de très bons esprits et d'excellents médecins se refusent, avant plus ample informé, à changer leur siège, non pas, comme l'a écrit l'auteur, parce que ce siège « est fait », mais parce que, depuis vingt ans, il est devenu bien mobile, et à ce point ondoyant, que l'on rencontre à tous les étages de la profession une défiance, une lassitude, bien faciles à comprendre.

Je n'hésite pas à le dire, d'autres raisons encore plus directes concourent à ce résultat, et, par exemple, l'absolutisme de la formule dans laquelle l'auteur enferme et localise la lésion essentielle qu'il incrimine, la dilatation de l'estomac, et l'impuissance, qu'il proclame, de la thérapeutique proprement dite.

Assurément, c'est une chose parfaite que de donner à un patient les plus excellents conseils sur l'hygiène générale et particulière à laquelle il doit se soumettre; mais, hélas! générale ou particulière, cette hygiène n'est à la portée que de la minorité, et c'est précisément pour cela que la majorité souffre et est devenue malade. Et même, pour cette minorité, combien encore sont précaires, longs à venir, combien sont fragiles les résultats obtenus par des années entières de régime et de privations!

Personne ne cherche plus que moi à vulgariser les résultats très

grands obtenus par le professeur Bouchard dans l'étude des dyspepsies, non moins que les enseignements considérables qui découlent de ses beaux travaux sur le rôle des auto-intoxications dans le cours des maladies aiguës ou dans la genèse des maladies chroniques. Sans cesse je montre la réalité du rapport qu'il a signalé entre l'ectasie gastrique et toute une série de troubles des autres viscères : cerveau, cœur, foie, reins, etc., non moins qu'avec un très grand nombre d'affections aiguës ou chroniques du système tégumentaire. Jamais je ne laisse passer l'occasion de proclamer que voilà enfin une base scientifique sur laquelle pourra être établie solidement la doctrine française des rapports qui existent entre les dermatoses et les maladies générales et centrales.

Mais en même temps je ne cesse de dire que nous n'en sommes encore qu'aux prémisses, et que la question est infiniment plus complexe qu'elle ne le semble. Quelle que soit la part de la dilatation gastrique, elle n'est qu'un fait secondaire; ce qui constitue le fait essentiel, c'est la stagnation gastrique, c'est l'occlusion pylorique prolongée au delà des limites physiologiques. Là est l'ennemi; là est l'inconnu, l'obstacle réel. Que la dilatation gastrique aggrave et exagère l'occlusion pylorique, cela est possible; mais certainement elle ne la commande pas, elle lui est au contraire subordonnée. La loi est la même pour tous les réservoirs : *de plano*, leur dilatation implique l'obstacle à l'écoulement de leur contenu, gazeux, liquide ou solide; l'atrésie relative, originelle ou acquise, fonctionnelle ou matérielle, de leur orifice de sortie. Combien ne faut-il pas encore d'observation attentive pour interpréter et annihiler la pneumatose gastrique, non pas celle qui résulte de la décomposition par stagnation alimentaire, mais celle qui préexiste à l'arrivée du repas, ou qui survit à la sortie complète des aliments, et qui joue mécaniquement un rôle important dans le trouble fonctionnel local et dans les troubles à distance; pneumatose par exhalation gazeuse de la surface gastrique. N'est-il pas nécessaire de faire la part de l'accumulation incessante, dans l'estomac, des liquides salivaires et pharyngés, si communément profus chez les dyspeptiques? Je ne mets pas en doute que cette accumulation ne joue un rôle considérable dans les troubles gastriques et dans la permanence du clapotement, certainement dans le clapotement gastrique matinal.

En présence de ces *desiderata* et de beaucoup d'autres encore, si vous voulez entraîner la conviction des médecins, ne considérez pas votre tâche comme achevée, et ne maintenez pas à l'ectasie gastrique cette prépondérance immédiate que l'instinct des praticiens se refuse à admettre. Ne les découragez pas par le nihilisme thérapeutique, et aidez-les, au contraire, à chercher dans les ressources connues et à connaître de la thérapeutique le moyen de diminuer la durée du séjour des ali-

ments dans le réservoir gastrique, et donnez le traitement hygiénique comme un pis-aller en attendant mieux, mais non comme le seul avenir pour la thérapeutique. J'ajouterai : prévenez bien les médecins que la « formule » doit se plier aux conditions individuelles, et soyez assuré que le bienfait n'en peut être généralisé qu'à la condition de l'*approprier* toujours aux circonstances particulières.

En poursuivant vos belles recherches sur la chimie vivante et sur la vie toxique, sur les sécrétions et sur les réactions, ne voyez pas seulement ce que la dilatation gastrique et ses conséquences entraînent pour les autres viscères; voyez avec le même soin ce que l'insuffisance des émonctoires, insuffisance rénale, insuffisance hépatique (pour ne parler que de celles qui sont *capitales* dans un grand nombre de maladies, et particulièrement dans les maladies cutanées), produit également. Continuez enfin, surtout dans l'impuissance où nous sommes encore de réparer directement ces fonctions déficientes, à nous apprendre ce que nous pouvons faire pour *neutraliser* ces poisons morbides variés qui intoxiquent le patient; et soyez assuré que dans cette direction, et en tenant compte de la voix des praticiens (*vox populi*), vous aurez avec vous tous les hommes de bonne volonté de votre génération!

Mais voilà qu'au lieu d'analyser l'œuvre entière, je me suis laissé aller à donner mon impression générale sur un seul point de l'œuvre du professeur Bouchard, sans lui prodiguer aucun de ces éloges banals que la « critique médicale » du jour (peut-on encore dire qu'il y a une critique médicale?) prodigue à tout venant. C'est, je pense, la meilleure preuve que je puisse lui donner de l'estime très grande et très particulière en laquelle je tiens son talent et ses magnifiques travaux.

Pour mes confrères en dermatologie, je n'ai qu'un seul mot à ajouter : Si vous voulez avoir une base d'études aussi nouvelle qu'attrayante et fructueuse pour la pratique de la *médecine* dermatologique; si, tout en étant dermatologistes, vous voulez rester médecins, lisez le livre du professeur Ch. Bouchard, et vous y ferez ample moisson de faits et d'idées pour le plus grand progrès de votre science et pour le plus grand bien de vos malades!

ERNEST BESNIER.

VARIA.

BIBLIOTHÈQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

Les médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis viennent de fonder dans cet hôpital une *Bibliothèque médicale*. Cette bibliothèque, qui contiendra les principaux ouvrages de médecine et de chirurgie générales, sera plus spécialement réservée aux livres anciens et récents, et aux publications diverses concernant la *dermatologie*, la *syphiliographie* et la *vénérologie*. On comprend l'importance de cette bibliothèque, son utilité pour les médecins et pour les élèves, ainsi que le rôle qu'elle est appelée à prendre dans la vulgarisation en France des travaux étrangers si nombreux et si considérables à l'époque actuelle.

Les fondateurs de cette bibliothèque font appel au concours généreux de tous leurs confrères de la France et de l'étranger pour venir à leur aide dans la réalisation de cette œuvre d'utilité générale et internationale. Les *Annales de dermatologie* publieront régulièrement la liste des ouvrages ou publications adressés à la bibliothèque, ainsi que les noms des fondateurs.

On est prié d'adresser les envois à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, 40, rue Bichat, sous le nom de M. le Dr Henri FEULARD, secrétaire de la bibliothèque.

Les médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis : Ch. LAILLER, E. VIDAL, Ernest BESNIER, A. FOURNIER, HALLOPEAU, QUINQUAUD, PÉAN, LE DENTU, PORAK.

La bibliothèque a déjà reçu les envois de nombreux donateurs, parmi lesquels MM. les docteurs Ricord (un exemplaire de ses œuvres); Besnier (plus de 600 volumes, dont les collections du *Bulletin de thérapeutique* et de l'ancien *Journal de médecine*); Fournier (ses ouvrages et de nombreux volumes); Lailler (*l'Index catalogue*); Vidal (collections de journaux, ouvrages divers); Guibout (un exemplaire de ses ouvrages); Peyron, directeur de l'Assistance publique (la *nosologie naturelle* d'Alibert); Lutz (plus de 500 thèses); Hallopeau (2^e édition de son *Traité de pathologie générale*); Bertarelli (de Milan) (l'abonnement, à titre gracieux, au *Giornale delle malattie veneree e della pelle*); Le Dentu (plus de 500 thèses); Le Pileur, Barthelemy et Feulard, etc.

A dater de maintenant, les ouvrages reçus seront régulièrement annoncés.

Le Gérant : G. MASSON.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRES.

I

THÉORIE DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Par P. DIDAY (1).

Une femme syphilitique peut engendrer alternativement des enfants syphilitiques et des enfants sains. Cela est un fait brutal qui s'impose. Reste à en trouver l'explication.

A. FOURNIER, *Syphilis et mariage*, p. 139.

Si l'éminent professeur énonce ce desideratum dans un ouvrage où il a posé et résolu tant d'autres problèmes non moins ardu, non moins complexes, ce qu'il faut retenir de ses paroles, ce n'est pas un aveu stérile, c'est un appel, plus qu'un appel, une initiation. Ainsi du moins l'ai-je ressenti; ainsi ai-je vu ouverte, tracée de sa main, la voie où il faut nous engager, que nous devons suivre jusqu'au bout, si nous voulons qu'il soit pleinement pourvu à des intérêts sociaux d'ordre supérieur; que nos clients puissent apprendre de nous *quand*, à *quelles conditions*, à l'aide de *quels secours*, il leur sera permis de devenir époux et pères avec sécurité!

Exposons d'abord le point de fait, non les points de fait, de l'enquête à laquelle je vais procéder devant vous.

Pour effectuer l'engendrement, la participation de l'homme et celle de la femme sont l'une et l'autre au même degré importantes, au même degré nécessaires.

Et pourtant, lorsque deux époux syphilitiques engendrent, la mère est réputée pouvoir toujours infecter le fœtus; le père, très rarement, dit-on; jamais, selon la plupart des auteurs.

Que la mère eût contracté la syphilis *avant* d'avoir conçu ou *après*, la syphilis du fœtus, dans les deux cas, sera égale.

Père ou mère, un sujet atteint de syphilis peut engendrer un enfant syphilitique, quoique ce sujet n'eût pas d'accidents *apparents* au moment où il a procréé.

(1) Leçon faite le 20 mai à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de M. le professeur A. Fournier.

Par contre, on a vu de tels sujets engendrer des enfants sains, alors qu'ils étaient en pleine période secondaire, alors qu'ils étaient affectés, au moment même de la procréation, d'accidents divers de syphilis. (A. Fournier.)

Une femme, saine jusque-là, et qui a conçu d'un homme syphilitique, peut avoir, pendant sa grossesse, une syphilis qui, chez elle, commencera par les symptômes secondaires (syphilis par conception). Mais le plus souvent, dans ces conditions, elle ne gagne rien qu'une immunité contre la syphilis. Son enfant ne la lui donnera pas, quoique la tétant avec des lèvres couvertes de plaques muqueuses, lesquelles plaques contagionneraient une nourrice étrangère. (Loi de Colles.)

Même fait, même immunité, en retournant les sexes. D'une mère infectée, il peut naître un enfant sans lésions *apparentes*. Il ne prendra rien au contact des lésions syphilitiques que porte sa mère. (Loi de Profeta.) Mais ici il y a des exceptions, et, loin de les contester, le législateur avertit lui-même qu'elles existent.

Une femme infectée par son mari a eu successivement de lui deux enfants infectés. Dans l'intervalle entre ces deux grossesses, elle a d'un homme sain un enfant sain. (Simon.)

Par contre, une femme a eu de son mari syphilitique un enfant infecté. Elle est restée, elle, sans lésions apparentes. Veuve, et remariée à un homme sain, elle a de lui un enfant syphilitique. (Vidal.) Ainsi, elle était assez peu imprégnée de syphilis pour n'avoir pas de lésions, et elle en était cependant assez imprégnée pour la transmettre à un nouveau rejeton, lui donnant, pour ainsi dire, plus de vérole qu'elle n'en avait.

Enfin, d'une grossesse gémellaire, il peut naître un enfant syphilitique, son jumeau étant et restant sain.

Ne cherchez point dans ces onze propositions un ensemble doctrinal dès à présent constitué. Telles que je les livre ici, elles semblent mériter tout au plus le nom de *contradictions* ou *singularités* syphiligraphiques! — Et toutefois, quiconque en donnera l'explication complète aura fondé la théorie — encore à faire — de la transmission syphilitique héréditaire.

§ 1^{er}.

Dans cette entreprise, comme dans toute recherche sur l'évolution des êtres organisés, on ne peut avancer d'un pas sans avoir fait la part respective des deux éléments essentiels de cette évolution : la *graine*, le *terrain*.

Mais un premier obstacle se présente. Cette division, qui, partout ailleurs, simplifie le travail, ici en accroît les difficultés. Ici, en effet,

c'est des mêmes facteurs que proviennent les deux éléments. Les parents ont fourni le terrain, et ils fournissent aussi la graine. Or, duquel des deux qu'elle vienne, la graine est toujours identique : c'est toujours le contagium syphilitique.

Mais le terrain varie, au contraire : il varie selon celui des deux géniteurs de qui il tient ses qualités dominantes.

D'ailleurs, rien de moins connu, je dirai même rien de moins étudié, que le mécanisme de cette sorte de transmission morbide. Demandez quel en est l'agent ? « L'influence héréditaire ; » vous répondra-t-on, confondant dans cette formule la syphilis avec des maladies telles que cancer, goutte, asthme, folie, voire avec la surdi-mutité, la polydactylie, le pied bot, en somme avec toutes les particularités physiques ou morales qu'on tient de ses ascendants, et parfois en sautant une génération.

Sans doute, empiriquement, si l'on s'en tient aux apparences, la syphilis a avec ces maladies ce trait commun que, lorsqu'un ascendant l'a, les descendants tantôt l'ont, tantôt ne l'ont pas. Mais par combien de caractères fondamentaux n'en diffère-t-elle pas ? En syphilis, d'abord, pas d'atavisme. On peut bien tenir la vérole d'un autre que de son père légal : jamais on ne l'a de son grand-père. — Puis c'est une affection contagieuse ; une affection à incubation réglée ; enfin une affection guérissable. — En est-il de même de l'autre classe de maladies ? Les fait-on naître à volonté ? Surtout les voit-on se terminer ? En a-t-on jamais fini, dans une famille, avec leurs imminences, leurs assauts, leurs retours, leurs transformations ?

Je me résume :

Deux états morbides distincts sont transmissibles de parents à enfant :

Ceux du premier ordre, les héréditaires proprement dits, l'arthritisme par exemple, inhérents à l'être producteur, sont transmissibles par génération, et le sont durant toute la vie de cet être, et à quelque phase active ou passive qu'ils en soient de leur évolution pathologique.

Ceux du deuxième ordre, la syphilis, implantés accidentellement sur l'être producteur, ne sont transmissibles que pendant leur durée, et pendant cette durée, aux phases actives de leur évolution ; en termes naïfs, mais clairs, ils ne contagionnent le fœtus qu'en tant qu'agents de contagion, c'est-à-dire parce qu'ils sont contagieux, aux moments où ils sont contagieux, et par les voies qui servent à l'introduction des principes contagieux.

Dissociations encore mieux les deux sortes d'éléments étiologiques qui sont ici en jeu, afin de mieux déterminer le rôle pathogénique dévolu à chacun d'eux, comme agent des phénomènes complexes de transmission dont nous étudions l'origine.

Dans la transmission qui se fait des géniteurs à leur produit, deux

choses sont à distinguer. Il y a l'influence imprimant au fœtus cette similitude organique avec ses parents, de laquelle il vient d'être question; influence, notons-le, qui s'opère lors de l'acte fécondateur, *par, uniquement* par cet acte. Et il y a une autre influence, celle par laquelle un contagium, des bactéries peuvent, à un moment quelconque de la série des actes reproducteurs, n'importe par quel mécanisme, être versés de l'organisme de l'un des géniteurs dans l'organisme du fœtus.

De ces deux influences, j'appelle l'une *hérédité*, l'autre *contagion*. Je viens de vous les montrer séparées; la nature va nous les montrer en conflit.

La science actuelle reconnaît à la syphilis du fœtus plusieurs origines directes. Il peut, nous enseigne-t-on, la tenir indistinctement soit du sperme, soit de l'ovule, soit du sang maternel, infectés; c'est-à-dire, la tenir soit de son père, soit de sa mère; et quant à cette dernière, soit de la mère infectée *avant*, soit de la mère infectée *après* qu'elle a conçu.

Ce dogme partout admis, ce dogme que j'ai contribué à fonder, laisse en dehors de sa sphère d'explications rationnelles tant de faits qu'il ne me paraît plus soutenable.

D'abord, nous voyons l'enfant ressembler aussi souvent à son père qu'à sa mère. Pourquoi, si dans cette transmission de la syphilis il n'y a qu'un acte d'hérédité, pourquoi le père la communique-t-il si rarement que, d'après la majorité des auteurs, il ne la communique jamais?

Secondement, ces vérols fœtales, qu'on dit pouvant provenir, et provenant de sources si diverses, sont toutes semblables. Ainsi par exemple, mêmes caractères, même évolution, même gravité dans la syphilis que l'enfant tient de sa mère infectée *avant* conception et dans la syphilis que l'enfant tient de sa mère infectée *après* conception. Fait des plus embarrassants pour les auteurs; car si je veux l'expliquer conformément au dogme classique, non pas une, mais deux invraisemblances m'arrêtent. La première, qu'un principe morbide introduit par deux mécanismes aussi différents que celui de l'hérédité et celui de la contagion produise un effet identique. La seconde, que, pour communiquer au nouvel être une seule et même maladie, la nature, partout ailleurs si sobre de moyens, en emploie ici plusieurs; et surtout qu'elle lui fasse passer cette maladie indifféremment tantôt par les voies qu'elle a affectées à sa création, tantôt par les voies qu'elle a affectées à sa nutrition. A ceux qui lui prêteraient pareille inconséquence, Ch. Robin avait par avance, dans un cas tout à fait analogue, répondu par ces paroles: « Une telle confusion entre un fait de *génération* et un acte nutritif ne peut venir que de l'absence d'observations et de méthode scientifique. »

En troisième lien, examinons les transmissions de cet ordre sous le

rapport de leur contingence. La contingence est le propre des phénomènes qui dépendent de l'hérédité. Elle est, au contraire, l'antipode de tout ce qui dépend exclusivement de l'effet des contagions. Rien de moins fixe, de plus souvent faisant défaut, que la ressemblance physique ou morale de l'enfant avec tel ou tel de ses géniteurs. Par contre, pour les maladies contagieuses, pour la syphilis en particulier, celui qui se met dans les conditions propices, qui choisit et la qualité du contagium et le mode d'insertion, l'aura à coup sûr.

Ricord, lui, posait le théorème de façon toute pratique. Dans ses immortelles luttes contre les Broussaisiens, qui ne voyaient, qui ne voulaient voir dans la syphilis qu'une *irritation*, le maître triomphait sans peine par cet argument *ad hominem* : « Voici un confrère qui ne croit pas au virus. Fermez la porte, Messieurs, et passez-moi ma lancette. A moins qu'il ne l'ait eue, — il ne faut jurer de rien avec des gens si irritables, — je vais lui donner la vérole ! »

Eh bien ! ce sont justement ces contingences, régulières, ignorées dans l'évolution de la syphilis acquise, débordant, crevant les yeux dans la syphilis par génération, qui nous mettent sur la voie d'une meilleure théorie, d'une explication plus compréhensive que celle dont nous nous sommes contentés jusqu'à ce jour. En voyant la syphilis frapper le fœtus quand rien de chez ses parents ne semblait l'en menacer ; en le voyant, au contraire, en être exempté quand tout semblait l'y condamner ; en voyant donneur et preneur dotés tantôt d'une vérole complète, tantôt d'une vérole restreinte, chez le porteur, au privilège de ne pouvoir contracter la véritable, que devais-je me dire?... Ce que tout à l'heure, j'espère, vous vous direz avec moi : il a présidé à la formation de cette singulière affection un mécanisme qui n'appartient qu'à elle, un mécanisme nécessairement mixte. En réalité, que faut-il entendre sous ce nom banal de *syphilis héréditaire* ? Ce n'est certes pas de simple hérédité. N'est-ce que de la contagion?... Non : c'est de la contagion matinée d'hérédité.

Le mot peint grossièrement ma pensée ; mais il la peint ressemblante. Il me reste à la justifier, et je vais le faire immédiatement, par un exemple.

J'ai rappelé, en commençant, quelques conséquences de la ressemblance héréditaire, les vices de conformation, les affections mentales, etc. Parmi les attributs de cette similitude des produits avec les producteurs, parmi ses effets les moins contestables, il faut compter la *prédisposition morbide*. Or, voici à ce sujet un cas dont tous les praticiens ont vu quelque exemple.

Dans une famille de quatre enfants, deux ont les cheveux bruns,

comme leur père et, comme lui, mourront un jour tuberculeux; tandis que deux, à cheveux blonds comme leur mère, resteront sains.

Sont-ce donc des bacilles que ces deux bruns avaient reçus par l'acte créateur?... On dit la chose possible. Par de méritoires efforts on est même récemment parvenu à établir qu'elle est vraisemblable (1). En tous cas, ils avaient certainement reçu par là la prédisposition constitutionnelle qui fait leur organisme hospitalier aux bacilles. Quant aux deux blonds, quant à ceux destinés à survivre, ils avaient reçu la prédisposition contraire, celle qui fait le terrain vivant réfractaire à l'acclimatation des bacilles.

Ainsi, immunifiable de par l'hérédité de similitude, le fœtus n'est pas toujours en état de recevoir la syphilis. Mais, de leur côté, les géniteurs sont-ils toujours en état de la transmettre? Non : car, sous ce rapport ils se trouvent, eux, dans les conditions de la syphilis acquise, laquelle n'est transmissible que durant les périodes où de l'état latent elle a passé à l'état patent, c'est-à-dire quand elle fournit de la matière contagieuse. Je sais bien que la grossesse elle-même sollicite activement ce passage, aussi activement que la puberté provoque les éclosions de la syphilis tardive, mais il n'en demeure pas moins établi ceci :

Que ni chez les producteurs, ni chez le produit, les conditions nécessaires pour que la contagion soit réalisée n'existent de façon permanente.

Par le fait, il m'a suffi, — vous en avez été témoins, — il m'a suffi de jeter un coup d'œil sur les faits et gestes de l'hérédo-syphilis, pour voir surgir la plus riche collection de variétés cliniques, que je n'ai pas à énumérer de nouveau. Devait-on s'attendre à un autre résultat? Et qu'on me permette de le dire, la *contingence* n'est-elle pas *nécessaire* lorsque chacune des deux forces morbigènes d'où dépend ce résultat, est elle-même soumise, quant au moment, quant au degré, quant au sens dans lequel elle opère, à l'influence de deux facteurs différents, je veux dire à l'influence de l'un et de l'autre géniteur?

« Tout ceci est bien vague, » me dira-t-on. Je l'accorde en ce sens que jusqu'à présent cela conduit plutôt à expliquer qu'à prévoir. Consolons-nous cependant. On se contente à meilleur marché dans d'autres écoles. Kassowitz d'abord, pour faire court, nie que la syphilis passe par le placenta de la mère au fœtus, non plus que du fœtus à la mère. Pour la transmission de maladies similaires, de la variole, de la vaccine, Preyer l'admet comme possible, mais « d'une possibilité très in-

(1) MM. Landouzy et Martin ont rendu tuberculeux des cobayes en injectant dans leur péritoine du sperme de cobaye tuberculeux; mais cela ne prouve point, ils le reconnaissent eux-mêmes, que le contact de ce sperme avec l'ovule d'une femelle de cobaye saine puisse infecter directement l'embryon.

certaine ». Le fait s'observe, dit-il, mais non d'une façon constante. Et justement il cite comme frappant exemple de cette inconstance le cas de jumeaux nés d'une mère varioleuse, l'un vivant et sain, l'autre mort et couvert de pustules. Vient-il ensuite à chercher les causes de ces irrégularités? Elles dépendent, dit-il, de certaines conditions; de « l'organisation, de l'augmentation de la pression sanguine, ou de la diapédèse des leucocytes ». Si l'on me demande mon avis, faute de mieux, je tiens pour la *diapédèse*; car ici la question d'*organisation* n'est point en cause, je pense, tous les organismes étant égaux devant une maladie dont notre espèce a le monopole; et quant à la *pression sanguine*, j'attends qu'on me dise comment, durant la grossesse gémellaire citée en exemple, cette pression avait pu à la fois croître chez l'un des jumeaux et décroître chez l'autre?... Mais revenons en France, en France où, sans violenter la nature, on sait obtenir d'elle des réponses qui aient un sens précis.

Pour établir les bases et préciser les termes de ma théorie, j'assemble deux faits présentant le type des contingences héréditaires : 1° d'une grossesse gémellaire l'un des jumeaux sain, l'autre syphilitique; 2° un lot d'enfants reconnus par leurs caractères extérieurs comme sûrs de seuls échapper à la tuberculose qui moissonne leurs frères. Et, fort de ce rapprochement, je dis :

Tel enfant ressemble trait pour trait à l'un de ses parents; tel autre enfant n'a cette ressemblance que plus ou moins perceptible. Donc, l'influence défensive, *exemptante*, — dont ces ressemblances sont l'indice et donnent la mesure, cette influence, dis-je, s'exerce à différents degrés. — Le sujet qu'elle protège est parfois entièrement prémuni contre l'implantation des microbes. D'autres fois, il sera seulement par là mis hors d'état d'être pour eux un bon terrain, un milieu suffisamment nutritif; ils ne trouveront chez lui de quoi fournir qu'aux actes d'une vie languissante, d'une prolifération qui n'aboutisse qu'à des produits étiolés. — Comment expliquer autrement cette contingence — contingence courante celle-là, à chaque instant vérifiable — que nous offrira tout à l'heure l'étude détaillée des cas de la *syphilis par génération*?

Rien de plus curieux pour le physiologiste que de suivre dans ses effets cette influence de l'élément héréditaire sur l'élément contagieux. Elle agit, elle se montre le plus ordinairement soit comme entièrement neutralisante, soit comme atténuatrice. Mais rien n'empêche de l'admettre aggravatrice ou accélératrice. Assurément, elle est parfois suspensive; et ceci sans doute explique une bonne part des cas de syphilis tardive.

D'autre part, il y a, dans ce calcul, à tenir compte d'une autre espèce de neutralisation, de celle qu'avaient pu exercer l'une envers l'autre, l'influence héréditaire du père et l'influence héréditaire de la mère.

Faut-il aller plus loin?... On peut avancer sans crainte quand on ne part que de notions admises pour expliquer des faits visibles. A ce titre, je mentionnerai donc une troisième neutralisation, celle grâce à laquelle la mère, à elle seule, peut agir sur son enfant, dans le sens préservatif et dans le sens infectant. Et en effet :

De même que, dans le règne végétal, la graine, avant de germer, se passe de l'aliment extérieur, vit pendant un temps de ses réserves, de même l'ovule humain fécondé subsiste et s'accroît, peu de temps à la vérité, sans rien emprunter au lieu où il a été déposé. Il résulte de là que l'embryon ne commence qu'à une certaine période de son développement à être accessible au principe contagieux, infectant qui lui viendrait de sa mère. — Donc, s'il avait reçu de son père la disposition à résister à l'implantation des bacilles introduits par cette voie, il pourra être affranchi de leur invasion.

Supposons maintenant un cas où cette propriété héréditaire protectrice appartiendrait à la mère, à la mère elle-même infectée et, comme telle, source de contagion. D'après les notions d'embryogénèse que je viens de rappeler, le pouvoir défensif préexistant ici au pouvoir infectant, ayant sur lui de l'avance, il pourra, au bénéfice de l'enfant, déployer son action avant lui; par conséquent, il sera en mesure soit de l'annihiler, soit de l'atténuer.

Un maître sur lequel on s'appuie avec confiance, M. le professeur Lannelongue avait sans doute en vue ce conflit de forces offensive et défensive, quant il a écrit à propos de la *graine* de tuberculose : « Ne peut-elle pas trouver dans l'organisme de l'enfant des conditions de résistance qui peuvent la maintenir à l'état latent durant une période plus ou moins longue, et qui même l'empêcheront d'aboutir? »

§ II.

Parvenu à ce point, je puis donner, telle qu'elle m'apparaît, la théorie de la transmission syphilitique par génération.

Dans le microcosme spécial dont j'étudie les lois, il faut, outre la graine et le terrain, considérer un troisième élément : la mise en rapport de ces deux facteurs.

Dans les *deux syphilis*, le contagium est identique; mais ses véhicules diffèrent. En syphilis acquise, ce véhicule est un produit de sécrétion; il ne participe plus à la vie. En syphilis par génération, c'est le sang, le sperme, l'ovule aussi, dit-on : or, ceux-là vivent; ils vivent sans doute, puisqu'ils donnent la vie. Aussi, lorsqu'ils se présentent pour passer de l'organisme où ils ont été formés dans un organisme sain, les conditions auxquelles ils y sont admis ne sauraient être les mêmes pour ces deux sortes de véhicules. A la parcelle inerte, il faut l'effraction; à la parcelle

vivante, l'absorption suffit. On ne prend la vérole par coït que si l'on avait un point du tégument dénudé. La *mère*, elle, la reçoit et la donne à travers des tissus intacts, dont quelques-uns même ne se prêtent qu'à des échanges osmotiques.

Aussi, ne faut-il pas s'étonner — et ceci n'avait point échappé à la perspicacité de mon cher neveu, ami et collaborateur, E. Diday — ne faut-il pas s'étonner si, dans les faits de l'ordre héréditaire, les choses se passent autrement que nous ne sommes disposés à l'admettre, nous habitués à conclure d'après l'évolution de la syphilis vulgaire; si notamment l'imprégnation, la pénétration du contagium peut se faire par un mode que, *a priori*, nous serions tentés de déclarer incapable de produire un tel effet.

Examinons donc, à cette nouvelle lumière, les transports qui s'accomplissent entre producteurs et produit.

Il y a ici trois cas :

1° *Que passe-t-il du père au fœtus?* Directement rien; mais attendez.

2° *Que passe-t-il de l'ovule fécondé à la mère?*

Les spermatozoïdes provenant d'un syphilitique fécondent l'ovule; c'est leur premier effet. Mais il y en a un second à prévoir, à étudier.

Chargé de ces spermatozoïdes, l'ovule fécondé, par cela même qu'il est un porte-spermatozoïdes, n'est-il pas un porte-contagium?... MM. Landouzy et Martin me semblent avoir, par leurs expériences, fait ou du moins préparé à cette question une réponse affirmative décisive. Mais, puisqu'ils donnent la tuberculose à un cobaye en inoculant dans son péritoine du sperme de tuberculeux, ne doit-on pas, *a fortiori*, attendre le même résultat d'un sperme *vivant*, porté et tenu par un acte vital normal, en contact avec des tissus particulièrement disposés à absorber?

Or, les conditions d'un tel contact ne sont-elles pas réalisées durant la fécondation, là où l'on voit des spermatozoïdes *vivants*, mobiles, soit rampant à la surface extérieure de la membrane vitelline, soit restant engagés dans l'ouverture (micropyle) de cette membrane, et « de telle sorte que la moitié de leur longueur se trouve hors de l'ovule »? Et ce contact ne peut-il pas déterminer l'absorption du contagium par la muqueuse de la trompe, alors qu'il a lieu au moment où, vu la congestion de l'appareil génital féminin à cette période, le summum d'activité vitale de l'élément anatomique destiné à être absorbé coïncide avec le summum d'activité vitale de l'élément anatomique destiné à absorber?

Aussi, en fait, observe-t-on ceci :

La femme fécondée par un syphilitique en état de transmettre est toujours plus ou moins *touchée* par la syphilis, et selon que son organisme à elle était un milieu plus ou moins propice à la prolifération du parasite.

Tantôt elle a, vers le troisième mois de sa grossesse, tous les symp-

tômes de la syphilis, sauf le chancre (c'est la syphilis par conception);

Tantôt elle a seulement l'incapacité à contracter la syphilis par le contact des lésions de son enfant, tout en pouvant la contracter d'autres personnes (termes de la loi de Colles).

3° *Que passe-t-il de la mère au fœtus?*

En fournissant au fœtus les éléments de sa nutrition, la mère syphilitique, et en état de transmettre, lui donne selon que son organisme, à lui, a été créé milieu plus ou moins propice à la prolifération du parasite, lui donne, dis-je :

Tantôt la syphilis classique, sauf le chancre; syphilis, dont les symptômes apparents se manifestent quelques semaines après sa naissance;

Tantôt seulement l'incapacité à contracter la syphilis par le contact des lésions de sa mère, tout en pouvant la contracter d'autres personnes (termes de la loi de Profeta).

Cette théorie n'est point le fruit d'un caprice, d'un besoin de se distinguer par une innovation quelconque. Je sommeillais fort à mon aise, au contraire, bercé par le vague de l'ancienne doctrine, lorsque *trois considérants* m'éveillent en sursaut. — Réveillé, mais immobile encore, *deux faits d'observation* me tirent par la main. — Enfin, pour m'achever, *un syllogisme* me saisit au collet. Pouvais-je résister? Jugez-en : je mets les pièces sous vos yeux.

Trois considérants :

1° Nul contagion ne passe d'individu à individu que par les voies de l'absorption et de la circulation;

2° Par son rôle dans la génération, la femme seule peut servir à leur transport par cette voie;

3° Et, en effet, dans la migration du contagium syphilitique au fœtus, on la voit être atteinte plus ou moins, mais toujours être atteinte.

Deux faits d'observation :

1° Écoutez les maris. Ce sont toujours eux, ils l'avouent, qui ont introduit la syphilis dans le ménage. Écoutez, à leur tour, les médecins. C'est toujours de la mère, disent-ils, qu'ils voient procéder l'infection du fœtus. — De ce désaccord ne s'élève-t-il pas comme un appel à quelque théorie qui, scientifiquement et socialement, assignera à chacun des inculpés la part de responsabilité qui lui revient?

2° Passe-t-on de la syphilis acquise à la syphilis par génération? Soudain apparaît un nouvel élément nosologique, les *atténuations*, fait avec lequel il faut compter.

Enfin le syllogisme :

La nature n'a pas plusieurs moyens différents pour réaliser un seul et même effet.

Or, dans un cas bien déterminé, dans l'infection de la femme après conception, la syphilis parvient certainement au fœtus par le sang de sa mère.

Donc, elle ne lui est jamais transmise que par cette voie.

En résumé :

Ce que, dans l'acte générateur, le père fournit de principe infectant ne produit d'effet *utile* qu'à la condition d'avoir passé par l'organisme maternel. L'on peut donc, avec une légère variante de l'axiome scolastique, dire justement à cet égard, de la vérole : *Nihil est in fœtu quod non prius fuerit in matre*.

§ III.

La thérapeutique ne pouvait pas ne pas mettre ce dogme à profit ; mais il ne rend pas service gratis, à ce qu'il paraît ; car vous allez voir par quel solide appui elle le lui paye en retour.

Ni M. Fournier, ni moi, nous ne connaissons de méthode qui prévienne à coup sûr les manifestations soit naissantes, soit renaissantes de la syphilis acquise. Mais l'un et l'autre nous connaissons et pratiquons un moyen de prévenir la transmission héréditaire : c'est le mercure et, notons-le, le mercure administré avant, aussi près que possible avant le moment où a lieu la fécondation suspecte.

Ce précepte trouverait au besoin sa justification dans une observation due à Thurmann, et que je puis vous dire en deux mots, pardon, en onze : Mère syphilitique ayant eu successivement sept enfants infectés.

— Huitième grossesse, traitement mercuriel, enfant sain. — Neuvième grossesse, *idem, idem*. — Dixième grossesse, pas de mercure, enfant infecté. — Onzième grossesse, traitement mercuriel, enfant sain. J'ai la chance de pouvoir apporter un cas presque aussi probant :

Un verrier, mal guéri de sa syphilis, la donne à sa femme. Depuis lors, elle a eu sept grossesses, toutes terminées par un avortement au 4^e, 5^e ou 6^e mois. Toutes, non : dans une seule, la quatrième, l'enfant vint à terme et vécut 10 mois. Or, cette fois-là, elle avait suivi un traitement durant les premiers mois de sa grossesse. Enceinte une huitième fois, depuis six semaines, ils venaient tous deux, poussés par ce souvenir, le 14 avril 1887, me demander un traitement préservateur et je ne lui en ai marchandé ni les doses, ni la durée.

Ce pouvoir spécial du mercure, cette action élective, sûre dans son effet, mais limitée quant à sa durée, je la signalais, en 1854, dans les termes suivants : « Le mercure pris par les parents n'a d'effet préventif que pour l'enfant qui a été procréé aussitôt après, et point pour ceux qui sont venus ultérieurement ; » vérité que M. Fournier exprime ainsi : « Il peut suffire pour qu'un enfant naisse sain de parents syphilitiques,

que, au moment de la procréation, les parents se trouvent soumis à l'influence mercurielle. »

« Aussitôt avant la procréation » disais-je. — Au moment de la procréation » dit M. Fournier. — Dans la pratique ordinaire, cela se réduit à deux règles : faire suivre un traitement soit immédiatement avant le mariage ; soit après, ainsi que je l'ai expliqué, le fiancé devenu mari connaissant bien les êtres, pouvant par conséquent placer le traitement de telle manière que sa fin, c'est-à-dire son plein effet, coïncide avec le moment précis de l'ovulation, c'est-à-dire avec la période où la femme est le plus fécondable.

J'approuve et j'emploie ces sortes de traitements. Quoiqu'ils ne s'appliquent guère qu'au mari, et ne le rendent que temporairement inoffensif, ils sont utiles en empêchant l'infection de la mère, et par conséquent en empêchant indirectement l'infection du fœtus.

Mais après avoir dit en quoi, pratiquement, ces traitements servent, examinons ce que, doctrinalement, ils signifient. Au premier coup d'œil, leur succès paraît être une objection invincible à ma théorie. On me dira : « Le mercure donné immédiatement avant l'acte fécondant a préservé le fœtus ; donc c'est par l'acte fécondant que la santé du fœtus était menacée. »

Et il paraît d'abord difficile de répondre. Effectivement, il y a là deux faits qui se succèdent à très court intervalle : 1° l'acte fécondant ; 2° le passage du sang maternel au fœtus.

De ces deux faits, qui l'un et l'autre mettent en rapport intime producteurs et produit, en est-il un qui soit exclusivement l'agent de l'infection fœtale ? Je prétends, moi, vous le savez, que c'est le second.

Or, ce qui jugera la question, ce n'est pas le succès d'un traitement tel qu'on les pratique d'ordinaire (prénuptial ou préconceptionnel) ; car, ainsi placé, ce traitement influence également l'un et l'autre des deux modes de *mise en rapport*, réputés sources de l'infection fœtale.

Ce qu'il faudrait pour trouver dans ce traitement un critérium, pour rendre valable cette preuve par la thérapeutique, ce serait des cas où la médication mercurielle a réussi, quoique n'ayant été commencée qu'*après* l'acte fécondant. Alors ma théorie serait jugée, et alors elle aurait gain de cause. En effet, si cette théorie a tort, c'est-à-dire si c'est par la fécondation que le fœtus s'infecte, et puisque le traitement agit dans ce cas à la manière d'une précaution, comprend-on le bon effet d'une précaution prise après le danger passé ?

Eh bien ! heureusement pour ma théorie, plus heureusement pour le fœtus, ces cas existent. Dans les observations où se succèdent plusieurs naissances d'enfants issus de parents syphilitiques, que de fois n'est-on pas frappé par ces mots : « A la première, à la seconde grossesse,

avortement ou enfant infecté. Devenue enceinte une troisième fois, elle prit du mercure, et l'enfant naquit à terme, et sain. » Mais négligeons ce témoignage plus ou moins précisé de l'expérience générale. N'arguons que du cas de Thurmann. Il peut suffire à la démonstration, ce fait où la clinique, rivale heureuse de l'expérimentation, verse à pleines mains l'épreuve et la contre-épreuve. Sur onze couches, huit fois pas de traitement, enfant infecté ; trois fois traitement à partir de la grossesse, enfant sain.

Trois enfants sauvés par un traitement fait à partir de la grossesse, c'est-à-dire à la mère seule, et, notons-le, à une mère qu'on ne peut pas dire infectée *après conception* ! Cela vaut la peine qu'on s'y arrête un instant.

Si — comme il est enseigné — le mal est transmis au fœtus *directement* par le sperme ou l'ovule infectés, cette infection aurait eu lieu, serait réalisée lors de la création de l'être ; le fait de l'infection daterait donc de l'instant de la fécondation.

D'autre part, ce n'est guère qu'au bout d'un mois qu'une femme se reconnaît enceinte : que, par conséquent, elle a commencé le traitement.

Or, attribuer à une médication le pouvoir d'influencer un acte accompli un mois avant qu'elle n'ait pu agir, c'est singulièrement flatter la thérapeutique. Mais est-ce se montrer aussi respectueux envers la logique ?

Voici, en deux mots, mon explication : chez la femme enceinte, infectée, de même que chez tout syphilitique, il surgit ou du moins il y a lieu de craindre de temps en temps, des *poussées*, c'est-à-dire des passages à l'état actif de l'agent qui produit la syphilis.

Or, ces poussées, qui se traduisent en général par des lésions contagieuses, impliquent bien l'existence, à ce moment, d'un état contagieux du sang, puisque ce n'est que du sang que leur vient le principe qui les fait contagieuses.

Donc, pendant un de ces retours à l'état actif, — et nous savons que la grossesse en est une cause, — le sang de la mère peut, pour tout effet, porter à l'embryon le principe infectant. Et comme ce n'est que du vingtième au trentième jour, que sont établies les connexions vasculaires entre la mère et son produit, un traitement commencé à la date où le danger commence, a tout le temps d'agir. Et il en a le moyen, opérant alors dans la condition physiologique où toutes les écoles lui reconnaissent pleine efficacité, c'est-à-dire contre un état de la syphilis actuellement contagieux.

Mais ce danger, duquel je fixe ainsi le début, peut se prolonger pendant un temps dont les autorités et la statistique marquent la fin au septième mois de la grossesse. — De là un précepte important que je vous demande la permission de motiver et de formuler en termes exprès,

comme résumant ce que peut contenir d'utile cette longue dissertation :

A quelque date et de quelque manière que sa mère ait été infectée, le fœtus ne pouvant l'être que par elle ;

Et l'état contagieux de la mère pouvant à chaque instant de la grossesse se produire, sans que rien ne l'annonce ni ne l'indique.

Je conclus :

Que le traitement le plus efficace, on peut même dire le seul suffisamment efficace, est celui administré à la mère pendant les premiers mois de la grossesse ;

Que, par conséquent, sans renoncer aux services à attendre du mercure donné soit au père, soit à la mère, plus ou moins longtemps avant la conception, c'est le traitement de la mère, *à partir du commencement de la grossesse*, qu'il importe de ne jamais omettre ; car d'où que soit parti l'ennemi, et à quelque moment qu'il se soit mis en marche, c'est en ce lieu, c'est à cette heure, qu'on est sûr de le saisir au passage ;

D'où la nécessité absolue, alors même que le mercure aurait été administré précédemment, d'en recommencer l'emploi au début de toute grossesse entachée de suspicion spéciale, et de continuer ce traitement pendant les cinq ou six premiers mois, avec les intermittences que pourrait indiquer l'état du sujet, et celles que commande la nature même de la médication.

Mais, j'y songe : un temps réglé de traitement, coupé par des intermittences... ce n'est, en petit, ni plus ni moins que la *méthode Fournier*. Et proclamer ce programme comme le beau idéal de la pratique à suivre, n'est-ce pas renier mes principes ? Le P.-L.-M. devait-il donc être mon chemin de Damas ? Ou a-t-il suffi de m'asseoir quelques instants à côté du maître pour subir à ce point l'*action de présence* ? (Il est vrai que je m'en suis peu défendu !) — S'il y a réellement concession, mon cher collègue m'excusera, m'approuvera de la faire à un pouvoir certes non pas plus haut, mais plus redoutable que le sien, à la *syphilis héréditaire* ! Contre elle, contre cette menace de mort incessamment suspendue sur tant de berceaux ; contre un insidieux ennemi qui n'affecte d'apparaître quelquefois sans frapper qu'afin de plus sûrement frapper sans paraître, — en la signalant, vous avez déjoué cette manœuvre ! — ce n'est pas trop de nous grouper, de rallier toutes les forces disponibles ; d'avoir, à côté de l'artillerie volante, une armée tenant campagne ; et ce n'est pas trop surtout, devant un tel danger, que de sceller par cette franche déclaration l'union sans malentendus ni sous-entendus entre deux puissances rivales quoique amies, amies quoique rivales, l'union entre l'école de l'Antiquaille et l'école de Saint-Louis.

Hôpital Saint-Louis. — Service de M. E. Besnier

HYDRADÉNOMES ÉRUPTIFS (1)

(ÉPITHÉLIOMES ADÉNOÏDES DES GLANDES SUDORIPARES
OU ADÉNOMES SUDORIPARES),

Par MM. **L. JACQUET**, interne des hôpitaux
et **DARIER**, chef du laboratoire histologique de la Faculté,
à l'hôpital Saint-Louis.

(PLANCHE.)

En dépit des progrès que la clinique actuelle, aidée de la biopsie, a apportés à la connaissance des maladies de la peau, il reste encore une série assez nombreuse de lésions tégumentaires dont le diagnostic extemporané est absolument irréalisable, non seulement comme nature, mais encore comme localisation anatomique. On détermine seulement qu'il s'agit d'une papule, d'une vésicule, d'un tubercule, mais on reste absolument impuissant à dire quel est le siège anatomo-topographique de la lésion, et plus encore à spécifier quel en est le mode pathogénique.

On sait, à la vérité, assez souvent discerner si une lésion siège dans l'appareil pilo-sébacé (encore y a-t-il bien des points à reviser dans cette série), mais la pathologie de l'appareil sudoripare est encore presque complètement hypothétique. Le seul moyen d'éclairer les points obscurs est d'étudier à nouveau toutes les lésions mal connues ou inconnues, avec le concours simultané de la clinique, de la biopsie, et de la reproduction graphique, ainsi que cela a été proposé comme méthode normale par M. Ernest Besnier.

C'est dans cet esprit que nous publions l'observation clinique et anatomique suivante. Il s'agit d'un cas d'éruption papulo-tuberculeuse de la peau, à marche et évolution très lentes, impossible à classer nosologiquement dans l'état actuel de nos

(1) Pièce n° 1175 du musée de l'hôpital Saint-Louis, année 1886.

connaissances, comme en témoignaient les diagnostics nombreux et divers proposés pour ce malade.

Le malade a séjourné à deux reprises dans le service de M. Ernest Besnier ; ce maître fit à son sujet les réflexions qu'on vient de lire, et émit l'opinion que les recherches pourraient être dirigées avec fruit du côté de l'appareil sudoripare. On verra plus loin que l'examen histologique semble justifier cette opinion.

S. Fr..., âgé de 26 ans, menuisier, est un homme vigoureux, bien musclé, dont la santé générale est excellente et dont les antécédents héréditaires ou personnels ne présentent rien à signaler. Jamais aucun accident syphilitique. Il fait remonter à huit ans le début de sa maladie : il remarqua alors, sous les clavicules, une dizaine de « petits boutons rouges, gros comme de très petits pois ». Leur apparition ne s'accompagna d'aucune douleur, d'aucun prurit ; il est donc vraisemblable que leur existence a passé plus ou moins longtemps inaperçue. Depuis cette époque, ces boutons se sont multipliés lentement, mais d'une façon continue.

Aujourd'hui (14 mai 1886), les lésions sont exclusivement localisées à la région antérieure du tronc et à la face interne des membres supérieurs.

Au tronc : l'éruption naît à la base du cou, qu'elle entoure à la façon d'un demi-collier en empiétant un peu sur les creux sus-claviculaires. Elle recouvre tout le plastron sterno-pectoral, ménageant la paroi antérieure de l'aisselle, mais se propageant vers sa paroi interne en contournant le bord inférieur du grand pectoral. Le creux axillaire, proprement dit est complètement indemne. De là, elle descend, mais atténuée dans la dimension de ses éléments, vers l'épigastre et les flancs ; elle ne dépasse pas l'ombilic.

Sur la face, sur la partie postérieure du tronc, rien que quelques rares éléments d'acné indurée vulgaire.

La place qu'occupe l'éruption correspond donc exactement à celle que recouvrirait la valve antérieure d'une cuirasse (fig. 1). Ses éléments constitutifs ont partout les mêmes caractères ; ce sont de petites saillies rosées, très appréciables au doigt, mais peu dures, peu infiltrées dans le derme. Leurs dimensions varient : les plus petites peuvent être comparées à une tête d'épingle ; les plus volumineuses à un pois. L'épiderme qui les recouvre est brillant, finement plissé ; aucune desquamation, aucun acumen, aucun orifice à leur surface. Les téguments qui les entourent sont absolument sains. Presque tous ces éléments sont isolés, quelques-uns pourtant réunis en groupes irréguliers (fig. 2). Leur forme est généralement ovale, à grand diamètre parallèle à la direction des plis de la peau, et vus d'ensemble, ils sont disposés à la surface du thorax, parallèles en rangées. Plus nombreux, plus gros et plus colorés dans la région pectorale supérieure, leur nombre et leurs dimensions décroissent régulièrement vers l'abdomen.

Il n'existe aucun prurit notable ; toutefois, quand le malade a chaud, il ressent quelques picotements insolites.

Aux membres supérieurs, on voit sur leur face antéro-interne quelques éléments à peine visibles à l'œil nu, plus nombreux à droite.

Absolument rien sur les autres parties du corps.

Depuis que S. Fr... a notion de l'existence de ces boutons, il n'a constaté aucune augmentation appréciable dans leur volume, mais ils ont notoirement augmenté de nombre, et le semis papuleux a gagné vers l'abdomen et l'aisselle.

Dès son entrée, S. Fr... a été soumis à l'iodure de potassium à haute dose (6 gr.). Pendant le cours de cette médication, il s'est produit un peu d'animation du coloris des papules, sans aucune tendance à la régression. Divers traitements locaux ont été institués, entre autres, des applications de glycérolé tartrique, puis de savon vert salicylé (2 0/0). Ces topiques ont amené une assez vive irritation du tégument, les papulo-tubercules avaient disparu ; ils étaient simplement perdus dans la tuméfaction générale de la peau, et, l'irritation artificielle calmée, ils reparurent avec tous leurs caractères.

On voit d'après ce qui précède de quel intérêt était l'examen histologique. Il a été pratiqué par M. Darier. En voici les résultats (1) :

Les coupes ont porté sur différents nodules que nous avons excisés sur le malade à deux reprises. Les lésions constatées sur toutes ces pièces sont essentiellement les mêmes.

Au milieu du tissu conjonctif épaissi du derme, on voit, à un faible grossissement (*fig. 3*), un grand nombre de tractus épithéliaux, de forme à peu près cylindrique, ramifiés en tous sens, et ayant en moyenne le diamètre d'un tube sudoripare. Quand ils ont été atteints transversalement par le rasoir, leur coupe est circulaire ou plus ou moins ovale ; ils prennent l'aspect de boyaux allongés quand ils sont coupés longitudinalement ; assez souvent on en trouve de ramifiés en corne de cerf.

Presque tous ces tractus épithéliaux offrent des dilatations globuleuses, comparables, à première vue, à des globes épidermiques et qui ne sont autres que des petits kystes contenant des blocs d'une matière amorphe et réfringente.

Le siège de ces productions épithéliales est exclusivement intradermique. On n'en voit pas s'étendre jusque dans l'hypoderme et, d'autre part, elles paraissent respecter le corps papillaire.

En étudiant les préparations avec un grossissement de 300 à 400 diamètres, on reconnaît que ces boyaux sont infil-

(1) M. Balzer, qui avait eu antérieurement l'occasion d'examiner un fragment biopsique provenant de ce malade, était arrivé aux mêmes conclusions.

trés dans les interstices du tissu conjonctif et qu'ils ne sont pas renfermés dans une membrane limitante. Parfois ils s'aminçissent, s'effilent en quelque sorte, pour pénétrer entre des faisceaux plus serrés. Ils sont composés de cellules polygonales, quelquefois plus ou moins allongées, pressées les unes contre les autres et qui ont manifestement les caractères de cellules épithéliales. Dans quelques-uns de ces tractus, on trouve un arrangement plus régulier des cellules, le long des parois, et comme dans ce cas il semble exister une lumière au centre du boyau, il en résulte un aspect qui rappelle absolument celui d'un tube glandulaire. On croit, d'autres fois, apercevoir nettement un canal au centre d'un boyau, mais en y regardant plus attentivement, on voit que cette apparence est due à ce que l'une des cellules épithéliales renferme un globe d'une substance réfringente. Quand plusieurs cellules ainsi dégénérées se trouvent les unes à côté des autres, on assiste à la formation des kystes que nous avons mentionnés et qui sont en nombre considérable sur chaque coupe.

Ces kystes sont en rapport avec les boyaux cellulaires dont ils représentent un point dilaté (*fig. 3 a* et *fig. 4*). Leur paroi, généralement assez mince, est composée d'un certain nombre de couches de cellules épithéliales fortement aplaties et placées concentriquement. Au centre se trouve un bloc irrégulier ou un agrégat de blocs d'une matière brillante. Cette substance, dans laquelle on ne peut, par aucun réactif, déceler la présence de noyaux, appartient par ses réactions aux substances colloïdes; en effet, elle ne se colore pas en noir, comme la graisse, par l'acide osmique; elle prend, traitée par le picrocarminate, une teinte jaunâtre qui disparaît par le lavage, enfin elle ne se dissout pas dans l'acide acétique.

Le tissu conjonctif, ainsi que nous l'avons dit, est épaissi et très dense au niveau de l'infiltration néoplasique, ce qui explique la dureté et la saillie des nodules. Il faut remarquer que l'on ne trouve dans ce tissu que des éléments adultes et aucune accumulation de cellules embryonnaires autour des productions morbides, aucune altération des vaisseaux indiquant une réaction inflammatoire actuelle de sa part. C'est à peine s'il y a autour de certains capillaires (*fig. 3 e*) des cellules un peu plus abondantes que normalement. Il est évident d'après cela que le développement du néoplasme doit être excessivement lent; la densité du tissu fibreux qui

renferme les éléments épithéliaux doit avoir, d'autre part, servi de barrière à leur extension. Quant au tissu élastique, il est largement représenté autour des boyaux épithéliaux; nous ne pouvons cependant pas affirmer qu'il soit réellement hyperplasié.

Quelle est, d'après ces données, la nature de la lésion qui nous occupe? La présence de ces bourgeons épithéliaux, irrégulièrement infiltrés dans le tissu dermique, suffit à faire naître l'idée d'un épithélioma et, dans l'espèce, d'un épithélioma tubulé: telle est en effet et de toute évidence le groupe histologique dans lequel rentre notre tumeur. Cependant, en considération de la disposition si manifeste du tissu épithélial sous forme de tubes glandulaires, en raison de la localisation et de la multiplicité des tumeurs, de l'absence de tout envahissement à tendance destructive, de toute malignité, en d'autres termes, nous avons cru devoir ajouter un correctif au terme d'épithélioma, lequel éveille généralement l'idée de malignité, et nous pensons que l'appellation qui serait ici le mieux à sa place est celle d'*épithélioma adénoïde* ou *adénome* des auteurs.

Mais pour mieux préciser le diagnostic, il fallait nécessairement chercher le point de départ de la néoformation épithéliale, chercher dans quelle portion de l'épiderme ou de ses annexes avait commencé la prolifération. Les premières pièces que nous avions recueillies nous avaient laissés indécis. Nous avons donc enlevé sur le malade un nouveau fragment de peau en choisissant un nodule des plus petits et des plus récents en apparence. Sur ce nodule, nous avons pratiqué plus de 50 coupes qui toutes ont été examinées; 36 d'entre elles ont été montées en préparations et conservées. Sur ces dernières, nous avons reconnu de la manière la plus nette les faits suivants.

Le revêtement épidermique est partout intact, la limite sinueuse entre les papilles et l'épiderme est partout régulière, on ne voit en aucun point un bourgeon partir d'un espace interpapillaire et s'enfoncer dans la profondeur.

Les follicules pileux très grêles (puisqu'il n'y a dans les régions malades que des poils follets du plus petit volume) semblent au premier abord parfaitement normaux, ainsi que les glandes sébacées qui y sont annexées. Cependant, en les étudiant avec soin, en suivant en particulier sur plusieurs coupes successives un même follicule qui a été atteint trans-

versalement, on arrive à reconnaître que dans la région inférieure, là où existe une gaine épithéliale interne et une gaine épithéliale externe, cette dernière présente des bourgeonnements manifestes. Les petites végétations qui partent de la surface externe de cette gaine sont composées de cellules de même aspect, ne dépassent en aucun point l'enveloppe connective du poil et sont même renfermées dans un diverticule de la membrane vitrée du follicule. Ce fait conduit à supposer qu'il s'agit là d'une production secondaire, d'un phénomène d'irritation proliférative et non du point de départ réel de la tumeur.

Mais c'est du côté des glandes sudoripares que notre attention a été le plus vivement attirée; en effet, la forme et le calibre des boyaux épithéliaux, la ressemblance frappante de quelques-uns d'entre eux, avec des tubes glandulaires (*fig. 4*) nous faisaient croire *à priori* que nous trouverions dans ces glandes le point de départ cherché.

Dans toute la série de nos coupes, nous n'avons pas pu rencontrer, il faut l'avouer, une seule glande sudoripare dont on pût suivre le canal excréteur depuis son embouchure jusqu'à un point où il se ramifiât ou s'abouchât dans un kyste, ce qui eût tranché la question. Mais à l'appui de notre hypothèse, nous avons recueilli des faits d'une grande valeur. Un canal excréteur suivi de haut en bas cesse brusquement, comme s'il avait été coupé au niveau d'une ondulation, et cela dans le voisinage immédiat de bourgeons épithéliaux ramifiés et contenant des kystes; sur la même coupe et sur les coupes suivantes, il était impossible de retrouver la continuation du tube glandulaire en question. — Ailleurs un fragment de tube cylindrique (*fig. 4*), revêtu de deux couches de cellules épithéliales, mais sans cuticule bien nette il est vrai, s'abouche directement, après s'être élargi, dans un des kystes caractéristiques de notre tumeur. — Sur une coupe où l'on ne trouvait de toute la glande sudoripare que l'embouchure seule du canal excréteur dans un prolongement interpapillaire, nous avons vu dans ce prolongement quelques cellules ayant subi cette même dégénérescence colloïde qui produit les kystes dans les bourgeons pathologiques. Enfin sur la coupe représentée dans notre figure 3, on voit en *d* l'embouchure d'une glande sudoripare qui offre dans ses parties profondes un bourgeonnement manifeste.

En présence de ces résultats, nous croyons pouvoir conclure

que la tumeur que nous avons examinée mérite le nom d'*épithélioma adénoïde ayant pris son origine dans les glandes sudoripares* — ou plus brièvement *hydradénome* — avec *kystes colloïdes*. Relativement à la seconde de ces dénominations, nous ferons remarquer que le mot d'adénome ne devrait être appliqué qu'à des tumeurs reproduisant rigoureusement la structure d'une glande, ce qui n'est pas ici le cas. Le terme d'adénome sudoripare a été employé autrefois pour désigner toutes les variétés d'épithélioma tubulé de la peau. La différence que nous croyons pouvoir établir entre nos tumeurs et l'épithélioma tubulé réside dans ce fait que les cellules des glandes sudoripares qui ont proliféré ont gardé une tendance à se disposer en revêtement dans des tubes, et d'autre part à dégénérer sur place. En y joignant la sclérose conjonctive, on aura des caractères histologiques qui expliquent la bénignité que nos tumeurs ont présentée cliniquement.

EXPLICATION DES FIGURES DE LA PLANCHE.

Fig. 1.

Vue d'ensemble de l'éruption. (Les éléments éruptifs sont proportionnellement trop volumineux sur le dessin. En outre, la diminution progressive de leur volume des clavicules à l'abdomen, n'est pas exactement indiquée. Enfin, le bras gauche, contrairement à ce que laisserait supposer la figure, n'était pas indemne.)

Fig. 2.

Portion de la région sous-claviculaire (grandeur naturelle).

Fig. 3.

Coupe de l'une des papules excisées vue à un faible grossissement.

- a, boyau épithélial s'abouchant dans un kyste, lequel est rempli de matière colloïde.
- b, boyau épithélial ramifié dont quelques cellules ont dégénéré, ce qui démontre le mode de développement des kystes.
- c, kyste volumineux vidé accidentellement de son contenu.
- d, embouchure d'une glande sudoripare avec bourgeonnement latéral.
- eee', vaisseaux.

Fig. 4.

Dilatation kystique d'un boyau épithélial vue à un plus fort grossissement (obj. 7, ocul. 3, Véric). Le boyau épithélial contient une lumière centrale (un peu exagérée par le dessinateur). Le contenu colloïde du kyste a été entraîné par le rasoir et l'on voit les cellules plates qui forment la paroi.

- a, bourgeon épithélial plein coupé transversalement.

III

ÉTUDE CLINIQUE SUR LE PURPURA

PURPURA EXANTHÉMATIQUE, PSEUDO-EXANTHÉMATIQUE, — RHUMATISMAL, —
D'ORIGINE NERVEUSE, — PRÉMONITOIRE DES AFFECTIONS ORGANIQUES, ETC.;
— RAPPORTS DU PURPURA AVEC L'HÉMOPHILIE; — ALBUMINURIE PURPURIQUE;

par le Dr **Humbert MOLLIÈRE**, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite et fin.)

III

Dans cette troisième partie, nous nous occuperons d'abord des purpuras qui nous paraissent dépendre d'une altération du sang, puis nous rapporterons une série d'observations d'une interprétation difficile, que nous avons recueillies soit dans les hôpitaux, soit dans notre clientèle; enfin nous essayerons de démontrer que souvent les hémorrhagies cutanées ne sont qu'une manifestation de cette singulière affection, connue sous le nom d'hémophilie ou maladie des saigneurs, dont l'étiologie est encore fort obscure, et les manifestations légères souvent méconnues.

En comparant ces faits complexes, présentant les combinaisons les plus singulières, on reconnaîtra sans doute avec nous que l'hémorrhagie cutanée n'est après tout qu'un syndrome d'une valeur nosologique et pronostique des plus variables, ne caractérisant jamais une affection bien définie, à part la peliose dont nous venons de parler. Même en ce qui concerne cette dernière, il est des cas où l'exanthème peut être assez peu accentué pour ne pas attirer l'attention.

Dans la plupart des traités de pathologie, on attribue certaines formes de purpura à une altération du sang, altération encore inconnue dans sa nature, mais dont il est parfaitement rationnel d'admettre le rôle en présence d'actes morbides aussi généralisés que ceux qui constituent le purpura.

A ce point de vue, les deux faits suivants nous ont particulièrement frappé, et nous ont paru surtout remarquables par le développement extrême de l'hémorrhagie cutanée qui, dans l'un comme dans l'autre, avait atteint ses limites les plus étendues.

En outre, l'absence de phénomènes d'hyperthermie et de putridité ne

permettait pas de les faire rentrer dans la catégorie des maladies infectieuses ou des auto-intoxications.

De nos deux observations, l'une est malheureusement assez incomplète, la malade ayant succombé quelques heures seulement après son entrée dans notre service et l'autopsie ayant été refusée. Nous avons cru néanmoins devoir en rapporter les principaux détails, ne fût-ce que pour montrer que la seconde n'était pas absolument exceptionnelle.

OBSERVATION XIII. — Elle a trait à une jeune femme qui fut apportée mourante à l'Hôtel-Dieu, respirant à peine, ne répondant plus aux questions qui lui étaient adressées. Tout son corps était en quelque sorte le siège d'une seule tache de purpura et il existait peu de points de la peau qui eussent conservé leur apparence normale.

La coloration des taches était claire et presque rutilante, ce qui ôtait toute idée qu'on pût avoir affaire à des pétéchies agminées et conglomérées de la sorte, et de plus on n'avait à cette époque, et dans les conditions où se trouvait la malade, aucune raison d'admettre le typhus pourpré.

A notre avis, cette jeune personne succomba à l'asphyxie causée par la suppression totale de la respiration cutanée, comme cela se voit chez les animaux qu'on recouvre d'un enduit imperméable, car elle ne paraissait présenter aucun désordre grave du côté des principaux viscères. Mais quelle était la cause de ces suffusions ?

Notre seconde observation est beaucoup plus complète et malgré quelques légères lacunes qui dépendent surtout de l'époque déjà éloignée où elle fut recueillie, elle présente à notre avis un véritable intérêt.

La voici telle qu'elle a été recueillie dans notre service par M. le Dr Léon Blanc, que nous avions alors pour interne.

OBSERVATION XIV. — P. J..., teinturier, âgé de 50 ans, né à Lyon, entre le 8 avril 1880, salle Saint-Nizier, n° 4, hôpital de la Croix-Rousse. Bonne santé antérieure, rien du côté de l'hérédité. Le malade dit avoir toujours eu une constitution des plus robustes. Il a fait la guerre de 1870 et prétend avoir beaucoup souffert pendant cette désastreuse campagne.

Il nie tout antécédent syphilitique ; cependant l'on retrouve une dépression cicatricielle, légèrement pigmentée, vers le reflet du prépuce, à la face dorsale. Le malade se souvient également d'avoir eu mal à la gorge six mois après le développement de cette cicatrice, dont il ne peut préciser la date d'apparition. Il aurait eu aussi un peu d'alopecie. Pas d'engorgement ganglionnaire inguinal, ganglions cervicaux tuméfiés. Alcoolisme.

Il est malade depuis huit jours seulement. Début brusque avec légers frissons. Malaise, courbature, pas de toux. Puis sur les jambes, les bras, le crâne et la face, apparition de taches pétéchiales, dont quelques-unes cuivrées. Il en est qui ne consistent qu'en un simple pointillé. Ces taches ont pris peu à peu de l'extension, en même temps que leur aspect devenait franchement hémorrhagique. Elles sont actuellement très nombreuses ; on trouve un léger piqueté sur la conjonctive. La muqueuse bucco-gingivale présente de nombreuses plaques rougeâtres, avec soulèvement de l'épithélium et exsudation sanguinolente. Haleine fétide. Fuliginosités sur les dents.

Des plaques semblables existent probablement en arrière dans le pharynx, car la voix est enrôlée depuis trois jours. L'examen laryngoscopique est impossible.

Pas d'élévation de température au thermomètre ; la peau est cependant un peu chaude. Pas de céphalalgie.

On ne trouve rien au cœur ni du côté de l'abdomen. Rien aux poumons que l'on ausculte avec le plus grand soin. Etat général satisfaisant en apparence. *Traitement mixte. Vin de quinquina.*

9 avril. Même état. Pas d'abattement. Pas de phénomènes cérébraux. Le malade répond très bien. Il a un peu de diarrhée.

10 avril. Les taches s'étendent aux jambes. Dans la bouche, taches blanchâtres disséminées entre les taches pétéchiales. Fuliginosités et croûtes sanguinolentes dans la bouche, avec liquide spumeux et rougeâtre. Apyrexie. Température cutanée des membres normale. Pas de taches sur le tronc.

Urines : nuage léger d'albumine. Opalescence. Pas de sang (même au microscope). Diarrhée, affaiblissement visible, très rapide. Pas de trouble apparent de la sensibilité. *Eau de Léchells, quinquina, fer.*

11 avril. Même état. Affaiblissement progressif. Toujours rien du côté des poumons. Diarrhée. Subdélirium la nuit.

12 avril. Mort sans phénomènes spéciaux.

Autopsie. Nombreuses pétéchies sur la peau. Aucune hémorrhagie dans les viscères. Rien du côté des bronches ni du cœur. Foie normal d'aspect et de consistance. Tube digestif intact. Reins seulement congestionnés.

Cerveau normal macroscopiquement.

Dans ce fait vraiment extraordinaire on peut se demander s'il y a lieu d'admettre une altération du sang ou des capillaires, voire même ces deux sortes de lésions réunies. Au surplus, en présence d'une telle extension des plaques hémorrhagiques, tout examen du sang nous était interdit : car, comme il s'agissait peut-être d'un hémophile, une piqûre, même insignifiante, pouvait déterminer des accidents redoutables. Reste donc le fait clinique en lui-même, sur lequel nous aurons à discuter. Ce qu'il y a tout d'abord de singulier à faire remarquer, c'est que les taches soient restées limitées à la peau et aux muqueuses bucco-pharyngienne et conjonctivale, sans qu'on ait trouvé de taches ou de foyers hémorrhagiques dans les viscères, et cela d'autant plus qu'on avait affaire à une cause générale comme la syphilis.

Quant à la nature même de l'affection, il nous est encore difficile de nous prononcer. Bien que l'influence de la syphilis doive être admise dans une très grande mesure, des faits du même genre nous ont paru faire défaut dans la littérature médicale ; quoique apparentée au scorbut, la maladie de cet homme n'en présente pas toutefois les traits principaux, classiques ou atténués, tels qu'ils ont été décrits par MM. Legroux et Lasègue, dans leur remarquable monographie (1). Il ne s'agit pas

(1) LASÈGUE et LEGROUX. L'épidémie de scorbut dans les prisons de la Seine et à l'hôpital de la Pitié (*Archives générales de médecine*, juillet, août, décembre 1871, et tiré à part).

non plus de ces pétéchiés que l'on rencontre si souvent dans la septicémie et les maladies infectieuses, puisque notre malade n'avait pas de fièvre et ne présentait aucun des symptômes si manifestes de ces divers états morbides. Enfin le début de ces grandes taches par un semis de purpura ne se rencontre pas habituellement dans les diverses espèces de rash que l'on observe le plus ordinairement, dont le début est plus rapide et toujours accompagné de fièvre intense et de délire. De plus, ces diverses éruptions ne sont jamais caractérisées anatomiquement, comme dans le cas qui nous occupe, par une infiltration aussi abondante d'un sang rutilant et non décomposé en apparence.

Comme on le voit, cette forme de purpura ne ressemble guère à celles qui sont habituellement décrites par les auteurs, du moins par ceux qui tiennent encore pour la maladie de Werlhof, et l'on peut dire avec plus de vérité, qu'elle forme la transition entre les purpuras proprement dits et la pétéchiанose, affection encore mal connue et qui relève peut-être de l'hémophilie.

En résumé, il est difficile de savoir si ce malade a succombé à une asphyxie par suppression de la respiration cutanée, ou à une intoxication par suite d'une altération encore inconnue du liquide sanguin ! Ce sont deux hypothèses également plausibles. Quant à la présence de l'albumine dans les urines, nous la tenons pour secondaire, soit qu'elle soit due au léger degré de congestion rénale révélé par l'autopsie, ou à la résorption de l'albumine du sang extravasé en si grande abondance dans les tissus. D'ailleurs, pour se prononcer sûrement sur un pareil mécanisme, il faudrait être renseigné d'une façon rigoureuse sur l'état des reins par un examen histologique minutieux ; mais il faut reconnaître que les deux processus (néphrite et dyscrasie) peuvent parfaitement se combiner dans les faits de ce genre et très certainement aussi chez les sujets qui guérissent.

En résumé, la syphilis nous semble bien avoir joué le principal rôle dans l'observation qui précède. Les faits signalés, avant et depuis cette époque, par Fournier, Behrend, Stephen-Mackensie, Aubert (1), etc., démontrent péremptoirement l'existence d'un purpura syphilitique. Mais quel a été ici le rôle de l'alcoolisme ? Pourquoi la lésion est-elle restée localisée aux téguments, sans qu'on ait rien trouvé du côté des séreuses ? Questions presque impossibles à résoudre dans l'état actuel de la science. Toujours est-il qu'au point de vue clinique, on peut bien dire que la gra-

(1) STEPHEN-MACKENSIE. Remarques sur le purpura syphilitique et sodique (*The Lancet*, p. 832, année 1878).

— Du purpura syphilitique secondaire, par M. PARIZOT, interne de M. Aubert, à l'hospice de l'Antiquaille (*Lyon médical*, 1882, p. 470). — Dans les cas de ce genre, M. DIDAY croit plutôt au rôle de l'anémie qu'à celui de la syphilis. (*Ibidem*.)

vité du pronostic a été en raison directe de l'étendue de l'épanchement.

Puisque nous en sommes sur le chapitre des dyscrasies, il est un fait intéressant que nous avons observé deux fois et qui n'est pas suffisamment indiqué dans les traités de séméiotique et de dermatologie. Je veux parler des éruptions de purpura prémonitoires des maladies générales chroniques, comme le cancer et la tuberculose.

OBSERVATION XV. — Chez une dame âgée d'environ 55 ans, de santé en apparence robuste, des poussées de purpura se firent à diverses reprises, six mois au moins avant l'apparition des symptômes classiques d'un carcinome de l'estomac, qui, du reste, amena rapidement la mort.

L'observation suivante, relative à la tuberculose et suivie d'autopsie, présente le même intérêt. Cependant, il est toujours nécessaire de garder une certaine réserve et de ne pas se prononcer trop vite; car, ainsi que nous le verrons plus loin, il est des purpuras absolument bénins, bien qu'ils soient certainement de cause générale. Néanmoins il doit être toujours de règle en présence d'une éruption purpurique, d'examiner les principaux organes avec un soin minutieux.

OBSERVATION XVI. — *Purpura prémonitoire de la tuberculose pulmonaire; hémoptysies. Mort. Autopsie (1).*

Le nommé B..., âgé de 20 ans, coupeur sur cuir, entre le 22 mars 1886 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 12.

Il nous dit que toute sa famille jouit d'une bonne santé et nous ne relevons l'existence d'aucun antécédent tuberculeux.

Lui-même n'a jamais présenté d'accidents strumeux pendant son enfance. Il s'est toujours très bien porté, n'a pas fait d'excès alcooliques. Son alimentation a été pourtant parfois très insuffisante.

Il y a un mois et demi, à la suite d'un refroidissement et d'une frayeur, il eut les jambes couvertes de plaques rouge vif tirant sur le violet avec ou sans élevures, qui apparurent sans fièvre ni phénomènes généraux, sauf des douleurs intenses au niveau des genoux. Quinze jours plus tard, il eut coup sur coup vingt hémoptysies toutes très abondantes. Il se mit alors à tousser un peu. Puis il s'aperçut de la disparition des plaques.

Depuis lors ses membres, mais surtout les jambes, sont couverts d'un petit pointillé de purpura qui disparaît et revient alternativement.

Il n'accuse plus de douleurs.

Son teint est devenu pâle, jaunâtre, en quelque sorte cireux. Ses forces ont disparu: il a beaucoup maigri, mais ne transpire pas la nuit. L'appétit est bon, les selles sont régulières, les digestions faciles.

Rien à la percussion du poumon. À l'auscultation, la respiration est soufflante aux deux sommets, sans râles fixes bien accentués.

Souffle anémique à la base du cœur. Battements précipités.

La température rectale, prise avec beaucoup de soin matin et soir, évolue d'abord comme s'il s'agissait d'un purpura exanthématique grave. De 38°,4 en trois jours, le tracé atteint 40° et se maintint dès lors à ce chiffre d'une

(1) Rédigé en partie avec les notes FAVEL, interne du service.

manière continue. La défervescence du matin quoique très accentuée ne descendit qu'une fois au-dessous de 38°, oscillant en général au-dessus de 39°, comme dans la fièvre hectique. Au bout de peu de jours, on s'aperçut que les sommets étaient profondément envahis par les tubercules : les sueurs nocturnes apparurent en même temps que l'expectoration devenait de plus en plus caractéristique. Cependant les taches de purpura évoluaient régulièrement, passant par les diverses teintes de l'ecchymose, mais l'état général devenait de plus en plus mauvais.

En moins de trois semaines, l'auscultation révélait l'existence d'un ramollissement complet des sommets avec commencement d'excavation.

Examinées dès le début avec soin, les urines ont toujours renfermé de l'albumine en notable quantité, voire même quelques traces de matière colorante du sang.

Vers les premiers jours d'avril, l'émaciation atteint son maximum, et le malade ne se lève plus de son lit. Depuis quelque temps, il ne se fait plus de nouvelles poussées de purpura et, le 12 avril, on ne trouve plus d'albumine dans les urines.

Mort le 24 dans le marasme.

Autopsie pratiquée le 25 avril. Rien à noter du côté de la peau.

Deux cavernes aux sommets du poumon droit, dont l'une atteint la grosseur d'un œuf de pigeon.

Dans les deux poumons, granulations miliaires très abondantes. Adhérences de la plèvre droite.

Le foie est gras comme chez la plupart des phthisiques.

Cœur sain.

Reins anémiés. A la coupe, on trouve dans la région corticale, deux petites nodosités fibreuses de la grosseur d'un pois, qu'on croit être des granulations semi-transparentes. A l'œil nu, le parenchyme rénal ne présente pas d'altération sensible; malheureusement, les pièces conservées ayant été ultérieurement égarées, on n'a pas pu faire d'examen histologique.

Le cas que nous allons maintenant rapporter se rattache à un processus tout différent et a présenté, au point de vue du diagnostic et du traitement, de véritables difficultés.

OBSERVATION XVII. — Au mois de mars dernier, j'étais appelé à la Croix-Rousse par mon confrère, le docteur A. Durand, auprès d'un enfant de 5 à 6 ans, offrant un ensemble de symptômes assez inquiétants. Depuis quelques jours, il avait de la fièvre avec inappétence et anorexie; puis, tout à coup, on s'aperçut qu'il était atteint d'une sorte d'hémiparésie sans perte de la sensibilité, de tout le côté droit. En même temps, une éruption diffuse de purpura se montrait également sur cette partie droite du corps, dépassant rarement et de quelques centimètres seulement la ligne médiane. Les taches étaient en général petites, lenticulaires; quelques-unes pourtant, un peu plus larges et moins régulières, ressemblaient un peu à des pétéchies. Comme, en somme, il y avait de la fièvre et que les articulations étaient douloureuses, nous fûmes d'avis de continuer l'usage du salicylate de soude, et, au bout de peu de temps, l'enfant était complètement guéri.

Ce fait nous parut dès l'abord fort singulier et il était en effet malaisé de risquer immédiatement une interprétation physiologique quelconque.

Toutefois, la marche ultérieure de la maladie a fini par nous en donner la clef. Au début, notre confrère avait cru avec raison à la possibilité d'une affection aiguë de la moelle, d'une paralysie infantile : la fièvre, la marche rapide de l'affection, l'hémiplégie douloureuse avec arthropathies autorisaient un pareil diagnostic ; toutefois, en présence de l'éruption purpurique, il crut devoir le réserver et nous demander notre avis. Sur des données aussi complexes, il n'était pas facile de risquer une interprétation parfaitement à l'abri de toute objection. Cependant, nous pensions qu'il s'agissait là d'un de ces cas de purpura d'origine nerveuse, que le regretté professeur Couty a cru bien à tort avoir été le premier à décrire, et dont nous avons nous-même bien avant lui admis la possibilité d'après certains faits cliniques (1). Nous avons donc affaire chez cet enfant (moins les hémorragies cutanées) à une manifestation rhumatismale du côté des méninges, à quelque chose analogue à ce qu'avait autrefois décrit M. Léonardy dans une thèse intéressante rédigée sous l'inspiration du Dr Oulmont (2). Comme dans plusieurs observations rapportées dans ce travail, il s'est produit chez notre petit malade une hyperémie des méninges avec compression temporaire des racines rachidiennes, ainsi que des filets sympathiques qu'elles renferment. Une action vaso-dilatatrice particulière due à l'excitation de ces derniers a même amené en certains points de petites extravasations sanguines ; et ce qui prouve bien qu'ici le sympathique était en cause, c'est qu'en plusieurs endroits l'éruption dépassait la ligne médiane sans présenter nulle part cette disposition régulière que l'on observe lorsque les nerfs rachidiens sont comprimés et que de longues traînées de zona indiquent presque mathématiquement les régions auxquelles ils se distribuent.

Au reste, ces hyperémies persistantes, dues à la compression et à l'irritation permanentes ou même temporaires du grand sympathique, nous indiquent clairement le mode de production de certaines extravasations sanguines.

Il y a déjà plusieurs années, mon frère publiait (3) les observations de deux malades atteintes de cancer du sein avec récurrence dans les ganglions du cou. Elles présentaient toutes deux une congestion intense de la face du côté de la lésion : constante chez l'une, intermittente chez l'autre. L'autopsie prouva que dans le premier cas le sympathique cervical était entièrement détruit par le néoplasme, tandis que dans le second il n'était encore que comprimé. Tout dernièrement, notre collègue M. le

(1) Voir les trois premières observations de notre premier mémoire. (*Loc. cit.*)

(2) LÉONARDY. Etude sur le rhumatisme spinal (*Thèse inaugurale*. Paris, 1868).

(3) DANIEL MOLLIÈRE. Quelques faits pour servir à l'histoire de la physiologie et de la pathologie du sympathique cervical (*Lyon médical*, 1869).

Dr Clément (1) rapportait l'histoire d'un malade atteint de paraplégie, et chez lequel l'excitation de la peau provoquait l'apparition d'une raie œdémateuse rappelant l'urticaire et persistant pendant plusieurs heures. A l'autopsie, on trouva une compression de la moelle et du cordon sympathique par des produits cancéreux, d'où l'auteur crut devoir admettre que ces troubles vaso-moteurs devaient être attribués à cette compression. Chez un autre malade atteint de purpura simple, il observa des troubles semblables du côté de l'innervation de la peau et peut-être même plus accentués, et il conclut de la comparaison de ces deux faits que, probablement, les troubles vaso-moteurs jouent un grand rôle dans la symptomatologie du purpura.

Voici maintenant une forme bien singulière qu'il m'a été donné d'observer deux fois de suite dans ces derniers temps :

OBSERVATION XVIII. — Un jeune homme robuste et très bien portant, sans tare pathologique d'aucune espèce, présente, à la suite d'une leçon de gymnastique, un piqueté hémorragique sur le devant du cou et de la poitrine. Cette éruption passa de la coloration rouge à une teinte plus claire, et vers le 4^e jour elle avait presque entièrement disparu. Pendant ce temps, il se plaignait un jour de douleurs de reins, non pourtant assez vives pour nécessiter son entrée à l'infirmerie de la pension.

OBSERVATION XIX. — Un enfant de cinq ans, jouissant ordinairement d'une santé excellente, est atteint tout à coup d'œdème généralisé et particulièrement douloureux dans les membres inférieurs. On ne découvre aucune trace d'angine et les voies respiratoires sont dans un état d'intégrité parfaite. Les urines, examinées à plusieurs reprises, ne renferment pas d'albumine ; mais la quantité d'urée est légèrement augmentée. Tout à coup, une éruption de purpura assez confluyente se montra sur les deux jambes et les cuisses, s'arrêtant nettement au pli de l'aîne. Dès lors, tous les accidents allèrent en décroissant, en même temps que l'éruption elle-même disparaissait graduellement.

Ce n'est pas, du reste, la première fois que j'ai constaté des éruptions semblables chez de jeunes sujets en dehors de tout état morbide, et j'avoue qu'au début, j'étais parfois embarrassé sur le pronostic à établir. Quoiqu'en pareille circonstance, on puisse toujours mettre en avant l'anémie ou le rhumatisme, il est pourtant des cas où aucune cause rationnelle ne saurait être invoquée. On est alors forcé d'admettre un trouble de l'innervation des petits vaisseaux, ou une altération primitive et congénitale de leur texture, ce qui fait rentrer les cas de ce genre dans le domaine de l'hémophilie.

C'est là, à notre avis, une donnée très importante dans l'espèce, et qui éclaire d'un jour tout nouveau cet intéressant problème.

(1) CLÉMENT. Raie méningitique, s'accompagnant d'œdème névro-paralytique, dans un cas de compression du grand sympathique, de la moelle et dans un cas de maladie de Werlhof (*Revue de médecine*, 1882).

Déjà, dans notre premier travail, nous avions admis que la diathèse hémorrhagique donnait l'explication de certains purpuras, et nous apportions à l'appui de notre opinion deux observations tout à fait démonstratives. Chez l'une de nos malades atteinte de poussées successives aux membres inférieurs, on relevait dans les antécédents de la famille, une tendance marquée aux hémorrhagies : elle-même y était également très sujette et avait présenté à diverses reprises et sans cause appréciable deux métrorrhagies fort graves. Quant à l'autre, son odyssée pathologique se termina d'une façon plus tragique. Atteinte d'une éruption généralisée avec métrorrhagies abondantes, elle eut à la suite de l'avulsion d'un fragment d'une racine de dent douloureuse, un écoulement de sang si abondant, qu'elle tomba définitivement dans la cachexie et succomba. L'autopsie démontra la présence de foyers d'hémorrhagie multiples avec anémie extrême du parenchyme des principaux viscères.

De pareilles observations nous avaient donné, dès cette époque, la conviction que bon nombre de purpuras n'étaient autre chose qu'une manifestation plus ou moins bénigne de la diathèse hémorrhagique qui, si elle donne lieu parfois aux accidents formidables que l'on connaît, peut, au contraire, chez d'autres sujets, ne révéler son existence que par des troubles légers et, en quelque sorte, atténués. Il doit y avoir des degrés d'intensité de la diathèse, comme aussi beaucoup d'hémophiles ne s'étant jamais exposés à aucun traumatisme, ignorent absolument le sort terrible qui les attend au moindre accident. Ainsi, nous avons vu une jeune fille avoir, à la suite de l'avulsion de plusieurs molaires, une hémorrhagie si grave, qu'on fut obligé de couler de la cire chaude dans les alvéoles pour parvenir à s'en rendre maître. Assurément on avait affaire à une prédisposition originelle, l'opération ayant été faite très régulièrement et avec adresse.

OBSERVATION XX. — Nous avons également observé chez un étudiant en médecine une hémorrhagie très grave consécutive à la rupture du frein pendant le coït. Plus tard, il eut des hémoptysies, et l'on craignit pour ses poumons. L'étude des antécédents vint nous rassurer sur ce point : le père de ce jeune homme était hémophile : il avait eu dans sa jeunesse, à diverses reprises, des hémorrhagies gastriques et intestinales très abondantes, et il succomba dans un âge avancé à une série d'attaques d'hémorrhagie cérébrale. Il est presque inutile d'ajouter que dix-sept années se sont écoulées depuis, et que ce jeune homme, devenu un de nos confrères les plus distingués, jouit toujours d'une très bonne santé, bien qu'il ait encore eu quelques hémoptysies auxquelles on n'a plus attaché, du reste, aucune importance.

La relation intime qui semble exister entre certaines éruptions de purpura et l'hémophilie ne nous paraît pas avoir été signalée par les

auteurs avant notre premier mémoire de 1874, et, à cette époque, nous avons relevé uniquement dans Niemeyer une seule allusion, d'ailleurs très vague, à une semblable filiation (1).

Aussi bien, depuis cette époque, notre propre opinion s'est-elle corroborée par l'observation de faits nombreux et d'une interprétation parfois délicate. Ainsi, chez plusieurs jeunes femmes, nous avons constaté une tendance extrême à la production des ecchymoses sous-cutanées passant ultérieurement par leurs diverses phases de coloration. A première vue, on serait tenté de croire à l'action d'un violent traumatisme, tandis qu'au contraire, elles nous apprennent qu'une contusion insignifiante en a été la cause. C'est même là une notion qui, à notre avis, a bien sa valeur en médecine légale, et permet d'affirmer que l'étendue et l'intensité d'une ecchymose n'est pas toujours en raison directe du traumatisme qui lui a donné naissance.

Il est très certain que bon nombre d'hémorrhagies utérines et nasales, d'écoulements sanguins hors de proportion avec la solution de continuité dont ils dépendent, doivent leur origine à une prédisposition spéciale dont il y a lieu de rechercher la nature dans les antécédents du malade.

Les travaux les plus récents sur l'hémophilie ont conduit leurs auteurs à admettre cette donnée étiologique que nous avons présentée nous-mêmes depuis bien des années.

Dans une étude fort intéressante sur cette affection, un médecin américain, Thomas Dunn (2), pense qu'on doit distinguer trois formes de la maladie :

1° Une forme grave exceptionnelle chez la femme, le plus souvent accompagnée d'arthropathies, caractérisée par des hémorrhagies profuses externes ou interstitielles, traumatiques ou spontanées qui finissent toujours par amener la mort;

2° Une forme moyenne sans hémorrhagies traumatiques ni arthropathies, caractérisée par des ecchymoses et des hémorrhagies par les muqueuses, et qui guérit à la puberté;

3° La dernière forme qui est la plus atténuée et ne s'observe que chez les femmes : elle ne se manifeste que par des ecchymoses et une précocité et une prolongation excessive des règles.

Ce sont précisément les deux dernières qui présentent le plus d'intérêt au point de vue qui nous occupe et qu'il faudra savoir reconnaître dans les cas de purpuras spontanés développés en dehors des causes les plus ordinaires.

(1) NIEMEYER. *Eléments de pathologie interne*, traduction Culmann et Sengel (de Forbach), 1866, t. II, p. 858. Observation citée de Wunderlich.

(2) TH. DUNN. *Hæmophilica* (*American journal of medical Science*, p. 68, 1883, cité par la *Revue des Sciences médicales*, t. XXII, p. 344).

L'observation qui suit montre les rapports intimes qui relient ce syndrome à l'influence générale sur laquelle nous venons d'insister. En raison de son extrême importance relativement à la théorie que nous soutenons, nous avons cru devoir la rapporter dans tous ses détails.

OBSERVATION. — Marie X..., couturière, âgée de 30 ans, née dans le département du Rhône, entre le 28 novembre 1883, salle Sainte-Marie, n° 28, hôpital Saint-Pothin (service du D^r Humbert Mollière) (1).

Comme antécédents pathologiques, elle nous dit que son père et sa mère encore vivants, ne jouissent pas d'une très bonne santé. Sa mère est sujette à de fréquentes épistaxis. Elle n'a ni frère ni sœur.

Mariée depuis plusieurs années, elle a eu il y a six ans, un enfant qui s'est toujours très bien porté. Son accouchement a été accompagné d'une métrorrhagie abondante et très rebelle. Les règles ont reparu deux mois plus tard. La menstruation établie dès l'âge de 12 ans a toujours été irrégulière.

Il y a un an environ, la malade a eu une fausse couche, suivie aussi d'une forte métrorrhagie. A la suite de cette fausse couche, elle conserva un état anémique très marqué et dut déjà entrer une première fois à l'hôpital Saint-Pothin.

La malade a toujours été très sujette aux hémorrhagies de toute espèce. Elle saigne abondamment à la moindre piqure et perd beaucoup de sang pour la simple avulsion d'une dent.

Depuis 16 mois, les règles n'ont pas paru. Enfin, depuis 4 ou 5 mois environ, la santé était suffisamment bonne et ses forces assez grandes pour qu'elle put vaquer à ses occupations ordinaires, lorsque tout à coup, le 24 novembre, survint par la bouche et le nez une hémorrhagie continue et des plus rebelles.

Le 28 novembre au soir, elle est conduite à l'hôpital dans un état très alarmant.

A ce moment l'hémorrhagie est aussi forte qu'au premier jour. Il s'écoule continuellement par le nez et surtout par la bouche, une assez grande quantité de sang que la malade dit sentir remonter du pharynx, et atteindre la bouche.

La peau est pâle et décolorée, à reflets verdâtres. En différents endroits, surtout aux malléoles, aux cuisses et aux bras, on constate des suffusions sanguines peu étendues. Ces ecchymoses arrivées à diverses phases de leur évolution sont tantôt de simples points réunis par groupes variables, absolument comme dans le purpura rhumatismal, tantôt de véritables plaques de la grandeur d'une pièce de cinq francs ou plus. La muqueuse buccale, les lèvres et les narines sont enflammées, très douloureuses et tapissées de nombreux caillots sanguins adhérents et desséchés. Pas d'œdème des membres.

L'auscultation du poulmon en avant révèle une respiration normale, mais très fréquente. Elle ne peut être pratiquée en arrière vu l'état de prostration de la malade et la nécessité impérieuse d'un repos absolu dans le décubitus, car, au moindre mouvement, le sang s'écoule avec abondance par les narines et par la bouche.

Au cœur, souffle très doux et léger à la base et au premier temps : battements normaux à la pointe. Pouls très fréquent.

(1) Cette observation a été prise sous notre direction et rédigée en grande partie par M. Favre, interne du service.

Traitement : injection d'ergotine (un gramme), glace à l'intérieur, potion avec ergotine et ratanhia.

29 novembre matin. Même état général et local. L'hémorrhagie continue. Les ecchymoses se multiplient. *Traitement : Eau de Léchelle. Limonade sulfurique.* Soir, pouls à 144. La pulsation est encore forte. *Traitement : Ventouse de Junod, injection d'ergotine, potion au perchlorure de fer.*

Toute la jambe sur laquelle la ventouse a été appliquée se couvre de petites pétéchies de coloration lie de vin, ayant l'aspect d'un granit carminé.

Le point piqué pour faire l'injection d'ergotine est le siège d'une hémorrhagie assez abondante, et il se fait dans toute la région (partie inférieure du bras) une infiltration sanguine accompagnée d'un peu d'œdème.

30 novembre. Etat de prostration plus marqué. Pouls à 140. Pulsations toujours assez fortes. Température vaginale 39,7.

Les urines contiennent une assez grande quantité d'albumine qui précipite soit par l'acide nitrique, soit par la chaleur. Elles donnent aussi un dépôt assez abondant dans lequel le microscope révèle la présence de leucocytes.

Perchlorure de fer, eau de Léchelle, ergotines et ratanhia. Infusion avec 30 centigrammes de feuilles de digitale.

1^{er} décembre. Température vaginale 40°,1 le matin. Pouls à 136.

Impulsion cardiaque moins forte qu'hier. Les ecchymoses se généralisent. Il en apparaît même à la face. *Même traitement : infusions de feuilles de digitale, 0,75 centigrammes.*

L'écoulement sanguin augmentant par les narines, le tamponnement avec la sonde de Belloc est essayé, mais ne peut se faire à cause de l'état de la bouche qui peut à peine s'entr'ouvrir et du nombre de caillots durcis qui barrent le passage à la sonde et aux tampons.

2 décembre. L'hémorrhagie est arrêtée : léger délire. Température vaginale 39°,8, pouls à 124. Même traitement.

La malade succombe le 3 décembre, à 2 heures du matin.

Autopsie pratiquée le 4 décembre 1883.

La plèvre est normale et ne présente pas d'ecchymoses. Absence complète de tubercules dans le poumon. Les lobes supérieurs sont parfaitement sains ; mais les deux lobes inférieurs présentent une coloration brun chocolat et une densité supérieure à la normale. Un lambeau de cette portion du poumon mis dans l'eau gagne rapidement le fond du vase, et le doigt déchire cette masse comme il le ferait pour la rate. Cet infarctus pulmonaire occupe une étendue plus considérable à la base droite qu'à la base gauche.

Le péricarde ne renferme pas de liquide. Son feuillet pariétal ne présente rien d'anormal ; mais le feuillet viscéral est couvert de taches ecchymotiques à différents degrés, dont l'ensemble constitue avec les tons jaunes de la graisse qui recouvre en certains points la surface du cœur une marbrure des plus bizarres.

Ces ecchymoses siègent en plus grand nombre vers la base du cœur, à la surface des oreillettes et du sillon auriculo-ventriculaire. Le cœur lui-même est de volume normal, ni dilaté, ni hypertrophié, ni graisseux. L'endocarde n'offre rien de pathologique. Les valvules sont parfaitement saines. Le myocarde paraît au contraire durci en certains points et même d'une façon générale plus dense dans toute son étendue, de telle sorte que les cavités ventriculaires restent béantes à la coupe et que les diverses parois ne s'affaissent point sur elles-mêmes. Une incision pratiquée sur les points dont nous venons de parler, y montre une masse noirâtre, très résistante, occupant toute l'épais-

seur de la couche musculaire. Toute la paroi du ventricule gauche présente à la coupe une marbrure formée par des masses noirâtres et par la coloration normale du myocarde. Elles ont d'ailleurs les dimensions les plus variées depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une noisette : il en existe surtout une très volumineuse dans la paroi de l'oreille gauche. Il s'agit là d'un gros caillot desséché du volume d'une amande.

L'examen histologique de ce cœur pratiqué par notre collègue le docteur Bard, n'a révélé l'existence d'aucune altération de texture des fibres musculaires. Les hémorragies ne paraissent produites que par de simples ruptures vasculaires. Quant aux caillots ils étaient absolument normaux.

Le foie, les reins, la rate sont décolorés et exsangues ; mais ils sont exempts de toute lésion. Le péritoine est également sain. A peine trouve-t-on sur un point du mésentère une légère ecchymose de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes.

Quant au point de départ de l'hémorrhagie, à la cavité bucco-pharyngienne, il nous a été impossible d'en faire l'examen, l'autopsie de la tête nous ayant été formellement interdite.

Il est une autre lacune que nous devons également signaler. L'examen microscopique du sang n'a pas été pratiqué. La raison en est d'ailleurs bien simple : après les désordres redoutables causés par la ventouse de Junod et l'injection hypodermique d'ergotine, nous ne pouvions, pour un simple intérêt scientifique, nous exposer de nouveau à des accidents du même genre. De plus, le sang qui s'écoulait par les narines et par la bouche était toujours mélangé de mucosités plus ou moins altérées, et la malade ayant perpétuellement de l'eau de Pagliari ou de la glace dans la bouche, ce liquide n'eut présenté aucune des conditions nécessaires pour une analyse de ce genre. Si nous insistons sur ce point, c'est qu'en effet des hémorragies semblables ont été également signalées dans quelques affections dyscrasiques autant qu'organiques, la maladie de Bright et la leucocythémie entre autres. Au sujet de la première, nous n'aurons rien à dire, puisque l'autopsie a révélé l'intégrité parfaite des deux reins.

Quant à la seconde, nous croyons devoir entrer dans quelques explications. Dans un travail déjà ancien, MM. Ollivier et Ranvier avaient décrit et figuré dans une planche chromolithographique des hémorragies à peu près semblables, sous le péricarde viscéral en même temps qu'il en existait d'analogues dans l'épaisseur d'autres membranes séreuses ; mais nous ferons remarquer que de tout autres symptômes avaient été observés et l'augmentation des globules blancs reconnue dans le liquide sanguin. Si notre observation présente cette lacune, nous pouvons dire cependant, que les caillots que nous avons trouvés

(1) OLLIVIER et RANVIER. Observation pour servir à l'histoire de la leucocythémie et à la pathogénie des hémorrhagies et des thromboses qui surviennent dans cette affection (*Mémoires de la Société de biologie*, 1867, t. III de la IV^e série).

dans les parois du cœur, examinés au microscope, ne paraissaient pas contenir une quantité exagérée de leucocytes.

De l'ensemble de tous ces détails, il est facile de conclure que cette intéressante observation a trait à un cas de véritable hémophilie. On a pu voir très distinctement comment les éruptions purpuriques pouvaient dépendre directement de cette diathèse. Depuis la simple tache pointillée jusqu'aux grandes ecchymoses spontanées, toute la série des hémorrhagies cutanées s'est successivement déroulée sous nos yeux.

Le traumatisme causé par une simple piqure d'aiguille à coudre, tout aussi bien que la ventouse de Junod, a produit du côté des téguments les mêmes désordres qu'une cause générale encore inconnue déterminait spontanément au pharynx et sur d'autres points de ces mêmes téguments. Ce fait est bien de nature à donner raison à l'opinion de ceux qui, comme nous, les premiers ont invoqué pour l'explication de certains purpuras, l'existence d'une sorte d'hémophilie atténuée par suite du nombre des transmissions.

Enfin, nous pensons que l'albuminurie si expressément signalée dans cette observation comme dans plusieurs autres de notre mémoire (voir les obs. I, III, XIV, XVI, XXI), est vraiment due à la résorption du sang épanché en si grande abondance dans les tissus. Déjà, à diverses reprises, on avait signalé cette fréquence des urines albumineuses dans la prétendue maladie de Werlhof et chez les sujets atteints d'éruptions pétéchiales, mais on n'avait pas cherché à en donner l'explication. Lorsque la matière colorante du sang et les globules caractéristiques persistent pendant un certain temps dans leur intérieur, il est rationnel d'admettre qu'il s'est produit quelque rupture dans le réseau capillaire du rein ; mais dans les cas où la présence de cet élément faisait défaut, et lors qu'à l'autopsie on a constaté l'intégrité parfaite de cet organe, de même que dans ceux où la guérison a été jugée définitive, force est bien de reconnaître qu'il faut s'adresser à un autre mécanisme. Nous croyons donc que la théorie invoquée jadis par Gubler, dans le but d'expliquer ses albuminuries colliquatives et de résorption, peut s'appliquer fort bien aussi au phénomène que nous venons de mentionner. C'est du reste ce qui a lieu le plus souvent dans les expériences pratiquées sur les animaux, et l'opération de la transfusion du sang est elle-même constamment suivie de l'issue de l'albumine en plus ou moins grande quantité dans les urines.

Bien que nous donnions cette explication sous toutes réserves, comme une hypothèse plausible, nous la croyons cependant conforme à cette loi de physiologie pathologique en vertu de laquelle tout liquide épanché dans les tissus joue le rôle de corps étranger et doit être éliminé par le sang et les reins. On peut même dire sans exagération, que

la médecine humorale actuellement régnante, repose presque exclusivement sur cet aphorisme.

En conséquence, nous pensons que jusqu'à nouvel ordre, il est permis d'admettre dans le cours de certaines éruptions purpuriques ou pétéchiales, une albuminurie par résorption des principes séreux du sang, analogue à celle qui a été signalée autrefois par Gubler, dans le décours des phlegmasies (pneumonie, pleurésie et péritonite). Toutefois, nous nous hâtons d'ajouter que rien n'empêche qu'il ne puisse exister aussi une néphrite, surtout dans les formes infectieuses caractérisées par la présence dans les organes et dans le sang d'un ferment figuré.

Nous terminons ici cette étude basée sur une série d'observations recueillies sans aucune idée préconçue, pendant une période de près de onze années. Aussi bien, croyons-nous ne pas devoir donner de conclusions générales, de crainte de nous exposer à des redites. Nous nous sommes suffisamment expliqué sur notre manière d'envisager la question dans les premiers paragraphes de ce travail. De plus, à la suite de chaque groupe de faits cliniques, nous avons cherché à tirer les déductions relatives aux problèmes de nosographie que nous voulions élucider. Nous laissons donc au lecteur le soin d'en apprécier la valeur.

Il nous semble désormais bien établi que la maladie de Werlhof, en tant qu'entité morbide, et telle que la concevait l'illustre médecin du roi d'Angleterre, n'existe pas, et qu'on a réuni sous ce nom plusieurs affections d'origine très différente et qui n'avaient de commun entre elles qu'un accident essentiellement contingent. A l'avenir, l'hémorrhagie catanée devra être envisagée comme un acte morbide complexe, un syndrome analogue à la glucosurie et à la leucomurie et dont il y aura lieu d'étudier à fond les diverses espèces; si l'on veut en tirer des notions de quelque valeur relativement à la nature et à l'évolution ultérieure des maladies où on la rencontre.

C'est ce que nous nous sommes efforcé de faire ici au point de vue clinique, dans la mesure de nos forces.

Mais il est certain pour nous, qu'on n'arrivera jamais à rien de définitif sur la question, avant d'être parfaitement renseigné sur les modifications du liquide sanguin et des vaisseaux qui le renferment.

(1) GUBLER. Article ALBUMINURIE du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, de Dechambre et Lereboullet. Chez une jeune femme de 33 ans que nous observons en ce moment, la présence de l'albumine dans les urines coïncide avec une éruption très confluyente de purpura, aux membres inférieurs, et disparaît au bout de quelques jours en même temps que cette dernière.

RECUEIL DE FAITS.

I

SUR UNE FAUSSE « DENT D'HUTCHINSON. » — DÉFORMATION PROFESSIONNELLE CHEZ UN GORDONNIER,

Par **MOREL-LAVALLÉE,**

Chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Le nommé Simon M..., âgé de 23 ans, cordonnier, entre le 5 février 1887 à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le professeur Fournier pour une syphilis datant de six mois.

Reçu actuellement pour des syphilides papulo-érosives génitales et anales, pour lesquelles il est venu consulter, il présente de plus — fait toujours remarquable vu sa rareté chez l'homme — une *syphilide pigmentaire* du cou des plus nettes.

Mais, en outre, et c'est ce qui fait l'objet de cette note, on observe chez lui une déformation dentaire des plus curieuses.

La dentition est, d'une façon générale, régulièrement conformée, sans microdontisme ni amorphisme dentaire.

Les dents ne sont pas notablement altérées par l'incurie ou le dépôt de tartre ; aussi n'en avons-nous été que plus frappés de ce qui suit.

L'incisive médiane supérieure gauche présente à son bord inférieur une encoche médiane arciforme qui, à première vue, rappelle assez exactement la *dent d'Hutchinson*. L'incisive médiane supérieure droite présente également une encoche inférieure, mais tout à fait reportée latéralement. En examinant de plus près, voici ce que l'on constate :



Sur la dent la plus intéressée (l'incisive médiane supérieure gauche), l'encoche ne porte pas sur toute l'étendue du bord inférieur, mais seulement sur son tiers médian ; en outre elle est faite à l'emporte-pièce, et la face antérieure de la dent ne présente pas le moindre biseau. En dernier lieu, les deux extrémités du bord inférieur faisant suite à cette arcade ne se terminent en aucune façon en pointes plus ou moins régulièrement

effilées, comme sur la dent d'Hutchinson type. Tout, au contraire, elles sont parfaitement horizontales et nullement corrodées.

Quant à l'incisive médiane supérieure droite, la méprise n'est même pas possible pour elle. En effet, l'encoche beaucoup plus petite, ronde, et comme faite à la vrille, est tout à fait rejetée sur le côté, jusqu'au coin externe de la dent.

Celle-ci, pas plus que l'autre, n'est ni érodée ni altérée dans sa forme, ni privée de son émail.

L'interrogatoire du malade nous apprend qu'il a l'habitude, en travail, lant, de garder dans sa bouche, les pointes qui lui servent à fixer les semelles. Cette explication donne parfaitement la clef des déformations ci-dessus décrites; il est en effet facile de voir que les deux arcades des incisives supérieures correspondent exactement aux interstices qui existent entre les incisives médianes inférieures et l'incisive latérale inférieure de chaque côté; si bien qu'au niveau précis de ces interstices l'arcade dentaire inférieure présente, mais à peine ébauchée, une dépression bilatérale tendant à compléter en bas la circonférence dont les fausses encoches d'Hutchinson forment la partie supérieure.

Il existe même une troisième déformation, visible sur la mâchoire fermée. Elle a la forme d'un orifice quadrilatère percé d'une part entre l'interstice des deux incisives médianes supérieures, et d'autre part la moitié du bord de l'incisive médiane inférieure gauche qui forme à elle seule les deux côtés inférieurs de ce quadrilatère.

Cela fait donc trois déformations parallèles des arcades dentaires, et, de fait, le malade nous dit qu'il avait l'habitude de tenir à la fois trois pointes entre les dents.

Autre fait à remarquer: à l'état de repos des mâchoires, les encoches inférieures et supérieures ne se correspondent pas exactement. La concordance, au contraire, parfaite dès que se produit le mouvement de serrer les dents, — mouvement actif de translation latérale nécessaire à la contention d'un objet quelconque et surtout d'un objet petit entre les dents.

Les déformations dentaires artificielles, pouvant simuler les altérations de la syphilis héréditaire, sont assez peu fréquentes ou en tout cas assez peu connues pour qu'il y ait eu intérêt, croyons-nous, à faire connaître celle-ci qui reproduit plus ou moins exactement l'apparence de la *dent d'Hutchinson*, — celle précisément qui est presque caractéristique de la syphilis héréditaire. En dehors des érosions dues à l'usure de l'émail par la pipe, on n'a pas encore signalé de faits analogues: aussi M. Fournier nous a-t-il engagé à publier celui-ci d'abord à cause de l'intérêt qui s'attache à tout stigmate professionnel, puis pour attirer l'attention sur les faits analogues qui pourraient être ultérieurement observés.

II

DEUX OBSERVATIONS D'ARTHRITE SYPHILITIQUE SECONDAIRE

Par A. Cayla, interne des hôpitaux.

(Observation recueillie dans le service de M. le professeur FOURNIER.

Longtemps méconnues, contestées encore par quelques auteurs, les manifestations de la syphilis sur les synoviales articulaires ou tendineuses doivent entrer dans la description des accidents de la période secondaire.

Les deux observations que nous publions plus loin ont été recueillies dans le service de M. le professeur Fournier; elles confirment d'une façon indiscutable les idées émises par notre maître, et démontrent l'existence de déterminations articulaires dues à l'infection syphilitique.

D'autre part, nous verrons plus loin que les notions récemment acquises sur les maladies virulentes et infectieuses établissent la légitimité de semblables localisations.

OBSERVATION I. — B... F..., âgé de 40 ans, homme de peine, entre le 6 octobre 1886. — C'est un homme robuste, originaire de la Savoie. — Pendant la guerre, il a reçu une balle qui lui a traversé l'articulation du coude droit. On ne relève dans son passé aucun autre antécédent pathologique. Il n'a jamais eu de rhumatisme, non plus que ses parents ni ses frères.

Il entre à l'hôpital pour une lésion de la gencive qui occupe toute l'étendue comprise entre la première incisive gauche et la canine. Après examen, on acquiert la conviction qu'il s'agit là d'un chancre infectant. Le fond est recouvert d'une pellicule grisâtre; les bords sont élevés et indurés; il existe une adénopathie sous-maxillaire dure et indolente. — La lésion a déterminé de la périostite alvéolo-dentaire, qui s'accuse par des douleurs vives, spontanées; de plus, la pression sur les dents, ou encore le passage d'un liquide froid ou de l'air, exagère encore ces douleurs.

Ce chancre a débuté au niveau de la deuxième incisive supérieure gauche, quinze jours avant l'entrée du malade, par un point « noir » qui s'est rapidement agrandi. — Le malade n'a pas encore présenté d'accidents généraux, ni céphalée, ni douleurs ostéocopes, ni roséole.

Le malade est soumis au traitement mercuriel dès son entrée.

Le 5 novembre, on trouve le malade couché. Il nous raconte que la veille, se promenant dans la salle, il a ressenti tout à coup une *violente douleur dans le genou gauche*. C'est à peine s'il a pu regagner son lit. Pendant toute la nuit il a éprouvé des élancements qui l'ont empêché de dormir.

Le genou gauche est *tuméfié, mais sans rougeur*. — Les culs-de-sac sous tricipitaux se dessinent en relief; la palpation est très douloureuse; l'articu-

lation est le siège d'un *épanchement* notable. — Le malade ne souffre d'aucune autre articulation. — On constate l'existence de trois papules sur le prépuce et dans la région inguinale droite.

Traitement : immobilisation dans une gouttière, vésicatoire.

6 novembre. Le malade est beaucoup mieux, et, sur ses instances, le lendemain, on enlève la gouttière. — De fait, l'amélioration est notable. L'épanchement a beaucoup diminué; la douleur est presque nulle.

Le 11 novembre, le malade se lève, il conserve encore un peu de liquide dans l'articulation. La marche est facile; il ne souffre que dans la flexion forcée du membre.

OBSERVATION II. — G... L..., âgée de 24 ans, blanchisseuse, entre le 4 septembre 1886. — Depuis un mois elle souffre du *genou droit*, mais la douleur n'a jamais été assez vive pour l'empêcher de travailler. — Elle a d'abord ressenti dans les talons quelques douleurs qui ont disparu rapidement. Peu à peu, la gêne qu'elle ressentait dans le genou a augmenté; les mouvements de flexion devenaient impossibles; la station était pénible. Préoccupée de son état, la malade s'est présentée à l'hôpital. C'est une jeune femme d'apparence frêle; elle n'a cependant jamais été malade; elle a eu en cinq ans six grossesses menées à terme, mais ses enfants sont tous morts à sept ou huit mois, d'accidents convulsifs. — Elle n'a jamais eu de *rhumatismes*, mais elle est fille de rhumatisants.

Elle se dit malade depuis les premiers jours de mai; elle a vu survenir à ce moment-là une éruption de roséole. Simultanément on lui a trouvé quelques plaques muqueuses dans la bouche et aux parties génitales. Avant ces accidents, elle avait souffert de violents maux de tête.

La peau du genou droit a sa coloration normale, mais l'articulation est gonflée; la palpation permet de reconnaître, en même temps qu'un *épaississement de la synoviale*, l'existence d'un *épanchement* dans sa cavité. Le genou est *peu douloureux* à la pression; la douleur s'accuse surtout pendant les mouvements provoqués. Les autres articulations sont saines.

Traitement : vésicatoire; immobilisation dans une gouttière; frictions mercurielles sur le genou malade.

Après huit jours de repos au lit, la malade va beaucoup mieux; l'épanchement a disparu presque entièrement. Elle demande à se lever, elle marche pendant quelques jours. — Puis, sans cause appréciable, elle est *reprise de douleurs dans le genou*. L'articulation se tuméfie de nouveau, l'épanchement reparait.

Traitement : vésicatoire; immobilisation. Pendant tout le temps, elle a pris une pilule de protoiodure de 5 centigrammes et 1 gramme d'iode.

L'état local s'améliore rapidement. L'épanchement disparaît vite; il ne reste plus que quelques douleurs dans les mouvements forcés, un peu de raideur et quelques craquements.

On lui fait une compression ouatée méthodique. — *Guérison*.

Il ne saurait y avoir de doute; ces deux arthrites, d'allure un peu différente, sont de nature évidemment spécifique. Survenues chez deux malades, dans le passé desquels on ne peut trouver trace de manifestations rhumatismales, on ne saurait les regarder comme une expression de cette diathèse. Ainsi tombe d'elle-même l'opinion soutenue par cer-

ains auteurs, notamment par M. Desprès, qui veut que l'arthrite des syphilitiques ne soit que le rappel d'une diathèse rhumatismale.

En outre, ces arthrites diffèrent de l'arthrite rhumatismale. On retrouve, dans les deux cas que nous publions, les caractères cliniques que M. le professeur Fournier leur a assignés dans ses leçons sur la syphilis : douleurs peu intenses ou de peu de durée ; — épanchement peu abondant ; — absence de rougeur ; — faible tendance à la généralisation ; — absence de phénomènes généraux ; tous caractères qui donnent à ces manifestations des traits communs, un air de famille qui les rendent facilement reconnaissables.

Pourquoi, du reste, refuser à la syphilis, maladie infectieuse, la faculté de déterminer des lésions des séreuses ? Avec ce que l'on sait aujourd'hui, il serait plus légitime de s'étonner de leur rareté.

Cliniquement, en effet, la syphilis nous apparaît comme une maladie infectieuse, virulente, contagieuse et inoculable. L'agent infectieux pénètre dans l'économie, donnant naissance à des foyers secondaires. Comme tous les états infectieux, la syphilis s'accompagne parfois d'albuminurie ; comme eux aussi, plus que la plupart, elle détermine des manifestations cutanées. En outre, à cette même période secondaire où la maladie est à son summum de virulence, l'on voit survenir un accident commun dans les états infectieux ; nous voulons parler de l'iritis. Ce fait, selon nous, mérite d'être noté à l'appui de la nature infectieuse de la syphilis.

Lorsque l'on parcourt, en effet, les observations de pseudo-rumatisme infectieux contenues dans les différents recueils scientifiques et notamment dans la thèse du Dr Bourcy, on est frappé de la fréquence relative de cet accident.

Il nous a même été donné d'observer, avec le Dr Charrin, une malade atteinte d'un de ces pseudo-rumatismes avec arthrite du genou et érythème polymorphe, chez laquelle s'est développée une iritis grave suppurative. Or, fait digne d'être noté, il nous a été possible, à l'examen bactériologique, de retrouver, dans le pus de la chambre antérieure et dans celui du genou, le même micro-organisme.

Le rapprochement de ces manifestations nous a paru intéressant, car il tend à faire assimiler la syphilis à une maladie infectieuse.

Nous reconnaissons cependant que, si la preuve est près d'être faite, elle n'est pas encore certaine, et que le parasitisme de la syphilis n'est pas démontré d'une façon absolue.

En admettant même que le microbe ou plutôt le bacille que nous montrait récemment le Dr Lutsasten soit bien celui de la syphilis, il resterait encore, pour en mettre la nature certaine hors de tout conteste, à le cultiver et à l'inoculer, expériences que l'on n'a pu encore réaliser.

A défaut de la preuve expérimentale, il reste donc acquis cliniquement que la syphilis a toutes les allures d'une maladie infectieuse. Or, nous savons combien sont fréquentes, dans les maladies de ce genre, les déterminations sur les séreuses.

On comprendrait mal que la syphilis fit exception à cette loi.

Toutefois, il faut reconnaître que les arthrites qui surviennent dans la période secondaire présentent quelques particularités qui les éloignent des arthrites survenues dans les états infectieux. Les arthrites des maladies infectieuses, en effet, ont pour caractères communs d'apparaître brusquement, de s'accompagner de phénomènes généraux graves, de douleurs très vives, et d'arriver très vite à la suppuration.

Rien de semblable dans l'arthrite syphilitique. Celle-ci s'installe sans grand fracas, reste une lésion locale, et disparaît rapidement sous l'influence du traitement général.

Il nous semble que l'on retrouve dans cette allure de l'arthrite syphilitique les caractères propres aux manifestations syphilitiques en général. Et, en effet, dans quelque système que l'on considère les lésions que la syphilis détermine, on peut se convaincre qu'elle donne naissance à des lésions d'ordre plastique ou scléreux, à des produits dont la tendance à la suppuration est presque nulle. Tels ne sont-ils pas les caractères des arthrites que nous venons de décrire ?

Quoi qu'il en soit, il n'est que juste de reconnaître que les manifestations de la syphilis sur le système séreux sont assez rares et qu'elles ont peu de tendance à se généraliser. On peut même dire, sans crainte d'être démenti par les faits, en se servant d'une expression de Trousseau, que, envisagée d'une façon générale, la syphilis n'aime pas les séreuses.

Néanmoins, il reste acquis qu'elle peut les intéresser ; notre maître, M. le professeur Fournier, l'a démontré pour les synoviales articulaires, et M. le professeur Verneuil pour les gaines synoviales tendineuses ; nous n'avons eu d'autre but, en publiant les observations précédentes, que de confirmer les vues de ces deux maîtres.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE.

- I. — SUR LA GENÈSE PARASITAIRE DE LA SYPHILIS, par le D^r CARMELO ANDRONICO (*Giornale italiano delle malattie veneree et della pelle*, mars-avril 1886).
- II. — UEBER LUES HEREDITARIA TARDA (DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE), par M. v. ZEISSL (*Wiener Klinik*, n° 7, juillet 1885).
- III. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE, par le D^r LUIGI-CORTELLA (*Giornale ital. delle malat. vener. et dell. pelle*, juillet-août 1886).
- IV. — RACHITISME ET SYPHILIS (*France médicale*, février 1886).
- V. — ERYTHANTHEMA SYPHILITICUM, par EDWARD BENNET BRONSON (*The medical Record*, 4 septembre 1886).
- VI. — QUATRE CAS DE LÉSIONS SYPHILITIKES TARDIVES DU RECTUM, par R.-W. TAYLOR (*Journal of Cutaneous and Venereal diseases*, août 1886, p. 223).
- VII. — QUATRE CAS DE LÉSIONS SYPHILITIKES DES CENTRES NERVEUX, par WILLIAM H. PORTER (*New-York medical Journal*, 8 mai 1886).
- VIII. — GOMME DU CORPS STRIÉ DROIT AVEC NÉVRITE OPTIQUE DOUBLE; AUTOPSIE, par W. OLIVER MOORE (*New York med. Journal*, 1^{er} mai 1886).
- IX. — STATISTIQUES POUR SERVIR A L'ÉTUDE DE L'ÉTIOLOGIE DES PARALYSIES DES MUSCLES DE L'ŒIL, par J.-B. EMERSON (*New York medical Journal*, 8 mai 1886).
- X. — LE PROCÉDÉ ANTIRABIQUE DE PASTEUR, APPLIQUÉ D'UNE MANIÈRE INDUCTIVE ET RELATIVE AU TRAITEMENT DE LA SYPHILIS. Conférence du professeur PIETRO GAMBERINI, à l'amphithéâtre de l'Université de Bologne, le 19 mai 1886 (*Giornal ital. del. mal. vene et del. pel.*).
- XI. — LA MÉDICATION DE SMIRNOFF DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS, par le D^r ARCANI-ANGELO (*Giornale italiano del. mal. vener. et del. pel.*, sept.-oct. 1886).
- XII. — KOKAIN ALS SCHMERZSTILLENDES MITTEL BEI DEI HYPODERMATISCHEN SYPHILIS-BEHANDLUNG (DE LA COCAINE POUR ATTÉNUER LA DOULEUR DANS LE TRAITEMENT HYPODERMIQUE DE LA SYPHILIS), par W. MANDELBAUM. *Monatshäfte f. praktische Dermatologie*. 1886, n° 6).
- XIII. — DE L'ACTION TOPIQUE DU MERCURE APPLIQUÉ SOUS LA PEAU DANS LE

TRAITEMENT DE QUELQUES MANIFESTATIONS SYPHILITIQUES, par le Dr CARNELO ANDRONICO (*Giornal ital. del mal. vener. et del. pel.*, sept.-oct. 1886).

XIV. — LE CATHÉTÉRISME DES CANAUX DE STÉNON DANS LE TRAITEMENT DE L'HYDRARGYRISME, par le Dr SCARENZIO (*Giorn. ital. delle malat. vener. della pelle*, mars-avril 1886).

I. — Après avoir passé en revue les diverses opinions qui ont été émises sur l'origine parasitaire de la syphilis, depuis Astruc, qui empruntait cette doctrine aux seules vues de l'imagination, jusqu'aux auteurs les plus récents comme Klebs, Aufrecht, Birsch-Hirschfeld, Martineau et Hamonic, Lustgarten, Cognard, Doutrelepont, Bergmann, etc., qui ont décrit divers organismes et ont cherché à en démontrer l'influence pathogénique par les procédés de culture ou d'inoculation actuellement en usage, l'auteur parle de ses recherches personnelles sur ce sujet.

Il a observé dans des coupes d'un condylome plat, colorées par la méthode d'Ehrlich et de Koch, de nombreuses bactéries rectilignes ou légèrement recourbées, dont la longueur varie de 0 μ 28 à 0 μ 54. Des cultures faites dans la glycérine et injectées à un lapin donnèrent lieu à une lésion qui offrait les caractères objectifs d'un chancre infectant. Dans une deuxième expérience, le liquide d'une syphilide bulleuse (pemphigus) développée sur les membres d'un enfant atteint de syphilis congénitale contenait de très nombreux organismes analogues aux précédents. De nouvelles recherches firent rencontrer les mêmes bactéries dans d'autres bulles. Des injections faites avec ce liquide à la lèvre d'une chatte auraient encore reproduit une lésion présentant les caractères du chancre syphilitique et, à sa suite, des papules, des excoriations rappelant les accidents secondaires. Ces recherches sont loin d'être concluantes : l'auteur n'indique pas suffisamment les caractères extérieurs des organismes qu'il a observés, non plus que les réactions histochimiques qui permettent de les reconnaître. De plus, les résultats de l'inoculation ne nous paraissent pas assez précis pour trancher l'importante question de la syphilisation des animaux, qui aurait besoin de s'appuyer sur des inoculations en série. Ce mémoire n'en constitue pas moins un document intéressant pour la théorie parasitaire de la syphilis.

A. SIREDEY.

II. — L'auteur commence par définir par ce qu'il entend comme syphilis héréditaire tardive. Ce sont les cas de syphilis héréditaire où, au moins 2 ou 3 ans après la naissance, il survient des accidents syphilitiques appartenant exclusivement à ce qu'on appelle la syphilis tertiaire, sans autres signes préalables de syphilis. D'ordinaire ces accidents ne se

montrent qu'à l'époque de la puberté. Ce sont surtout les tissus du nez et du pharynx, ainsi que le système osseux qui sont envahis.

On a objecté que les premiers symptômes de la syphilis ont pu se produire de bonne heure après la naissance et passer inaperçus. Cependant l'auteur pense que les symptômes de la syphilis héréditaire sont presque toujours assez saillants pour ne pas échapper aux personnes étrangères à la médecine.

V. Zeissl donne un tableau renfermant 103 cas, dont 88 empruntés à la thèse d'Augagneur et 15 à d'autres auteurs. Il fait suivre ce tableau de 4 cas observés par lui.

Cas I. — A..., 18 ans, se présente accompagné de sa mère, le 12 juillet 1884. Il est l'aîné de 4 enfants. Sa mère a toujours été bien portante, ses autres enfants aussi; elle refuse tout renseignement sur l'état de santé du père. Elle n'a jamais fait de fausse couche; l'enfant est venu à terme, fort et sans aucun symptôme de syphilis. A l'âge de 2 mois, signes graves de rachitisme; malgré cela l'enfant se développa et commença à marcher à 18 mois. Jusqu'à 13 ans pas de traces de syphilis ni d'autre maladie.

En novembre 1883, kératite parenchymateuse diffuse qui s'aggrava de plus en plus malgré le traitement. A la fin de juin 1884, il survint sur la paroi postérieure du pharynx une ulcération de l'étendue d'une pièce de 50 centimes. On diagnostiqua une syphilis héréditaire et l'enfant fut envoyé à Vienne.

L'enfant est suffisamment développé pour son âge, son crâne présente l'aspect que l'on observe souvent à la suite du rachitisme. Rien d'anormal du côté de la muqueuse et des os du nez. Dents normales et bien développées. Muqueuse de la bouche, des lèvres et des joues saine. Léger catarrhe pharyngien; sur la paroi postérieure du pharynx, ulcération presque circulaire de 3 centimètres de diamètre. Catarrhe des trompes, un peu de dureté de l'ouïe. Kératite parenchymateuse avancée de chaque côté. Cure de frictions; amélioration rapide. Après 30 frictions, l'ulcère est cicatrisé, les opacités de la cornée ont diminué; on envoya le malade à des bains iodés. Iodure de fer pendant un an. Les opacités de la cornée ont disparu en grande partie; depuis cette époque plus aucun signe de syphilis.

Cas II. — Jeune fille de 15 ans; deux frères plus âgés bien portants jusqu'à ce jour. La mère dit n'avoir jamais eu la syphilis; elle ne peut donner aucun renseignement en ce qui concerne son mari. Jusqu'à l'âge de 10 ans, cette jeune fille a eu une bonne santé; toutefois, vers 9 ans, ulcère de la cornée sur les deux yeux; les cicatrices sont encore visibles. A 10 ans, ulcération de la lèvre supérieure qui guérit sous l'influence d'un traitement de 6 à 8 semaines. Actuellement, cicatrice sur la lèvre supérieure, une autre cicatrice assez profonde sur une des ailes du nez. Il s'écoule des fosses nasales une sérosité sanieuse, putride; la cloison cutanée nasale est détruite à droite par une ulcération, la cloison cartilagineuse est perforée. Rien dans la bouche ni dans le pharynx, dents normales. La décoction de Zittmann, une cure de frictions (25) et un traitement iodé consécutif amenèrent une guérison rapide. Il n'y a pas eu de récidive jusqu'à présent.

Cas III. — Enfant de 9 ans; le père, âgé de 35 ans, a eu la syphilis 3 ans avant son mariage; traitement mercuriel. La mère a toujours été bien por-

tante, ses autres enfants aussi ; le malade est l'aîné. Jusqu'il y a 3 semaines il a toujours eu une bonne santé. A cette époque sont apparus les symptômes suivants : écoulement par les fosses nasales d'une sécrétion épaisse et putride, destruction de la partie cartilagineuse de la cloison. Dans la cavité buccale, ulcération de la dimension d'une pièce de un franc qui avait perforé le palais. Au niveau de la fourchette du sternum, ulcère cutané de 4 centimètres de largeur sur 2 centimètres 1/2 de hauteur. Pas de difformité dentaire.

Iodure de fer à l'intérieur, frictions avec 2 grammes d'onguent mercuriel par jour. Au bout de 25 frictions, les symptômes disparurent complètement. On n'a pas eu de nouvelles depuis.

Cas IV. — Il s'agit d'un étudiant de 17 ans. Il croit que ses parents ont toujours été bien portants. Il n'a jamais été malade jusqu'à ce moment ; il a eu alors une ulcération sur l'aile droite du nez, elle se cicatrisa sous l'influence d'un traitement médical. Il y a 5 mois, apparition d'un nouvel ulcère sur le nez ; le malade est faible, mal nourri, anémique. Organes génitaux très peu développés, poils du pubis rares, pas de barbe. Sur les deux ailes du nez ulcères superficiels, sur la joue droite plusieurs petites cicatrices. La cloison cartilagineuse est détruite, la cloison cutanée est conservée. Iodure de fer à l'intérieur, en même temps cure de frictions. La guérison est complète après 30 frictions de 2 grammes. Sept mois plus tard nouvelles ulcérations sur les ailes du nez. Il entre alors dans le service du professeur Auspitz, à Vienne, et après 30 injections sous-cutanées de sublimé, il part guéri.

Dans les 4 cas, les malades se sont toujours bien portés jusqu'à l'apparition de la syphilis. Le premier seulement avait eu, peu après sa naissance, des symptômes de rachitisme.

L'auteur discute assez longuement les idées émises sur les rapports de la syphilis et du rachitisme et sur la syphilis héréditaire tardive. Selon lui, le rachitisme ne peut être rapporté à la syphilis que lorsque l'enfant rachitique présente d'autres symptômes de syphilis, ou lorsque les lésions rachitiques disparaissent rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

Il se range à l'avis de Virchow, que les germes d'infection déposés dans l'organisme de l'enfant par la syphilis héréditaire, échappent à l'observation et ne donnent lieu que plus tard à des effets appréciables.

Ces effets se produisent de préférence à l'époque où les échanges sont le plus actifs, à l'époque de la puberté. Le sexe n'aurait aucune influence.

Les symptômes de la syphilis héréditaire se manifesteraient, suivant v. Zeissl, de préférence sur les tissus de l'espace naso-pharyngien, sur le système osseux, le système nerveux et les organes des sens. Dans la cavité naso-pharyngienne, les gommès et leurs suites ne diffèrent pas de ce qu'on observe dans la syphilis acquise.

La destruction des tissus du nez amène l'affaissement de cet organe : si les tissus cartilagineux sont détruits avec conservation de la partie osseuse, il se produit cette difformité appelée nez à lunettes.

L'absence de nodosités lupeuses et le début du processus à l'intérieur des fosses nasales permettent de faire le diagnostic différentiel d'avec le lupus vulgaire. Des syphilides gommeuses se montrent de préférence sur les membres et sur la lèvre supérieure.

Dans beaucoup de cas l'influence de la syphilis héréditaire, restée longtemps latente, se révèle dans l'aspect et l'habitus des malades. Ceux-ci sont faibles, petits pour leur âge, délicats.

S'ils ont atteints l'âge de la puberté, les parties génitales sont celles d'un enfant, le pénis et les testicules de sujets de 16 à 18 ans ressemblent à ceux d'enfants de 3 à 5 ans. Les poils des organes sexuels et des aisselles sont peu développés. Chez les filles, les seins sont à peine formés. La face est pâle, terreuse.

Tous les os peuvent être envahis par la syphilis héréditaire tardive, en général, sous forme de périostite et d'ostéite. Celle-ci est le plus souvent scléreuse et il survient des hyperostoses assez considérables, affectant le plus fréquemment les os du crâne, les bosses frontales ou le milieu de l'os frontal. On observe également la formation d'ostéophytes dans les os longs, notamment sur les tibias. Le sternum et les côtes sont aussi souvent affectés.

Les gommes se montrent surtout sur la voûte palatine, se terminant souvent par perforation. Articulations assez fréquemment atteintes; d'ordinaire synovite avec exsudation peu abondante et douleur légère. L'affection articulaire disparaît avec la cause qui l'a produite.

Quant aux maladies du système nerveux, elles se traduisent notamment la nuit, par des céphalalgies intenses qui sont habituellement le prodrome de maladies graves du système nerveux. Assez souvent, endartérite des artères du cerveau. Dans un cas, l'auteur a observé des phénomènes de paralysie dans le district de l'oculo-moteur et du facial, avec crises épileptiformes. A l'autopsie, on trouva des gommes dans la substance blanche et dans la substance grise du cerveau.

La déformation des dents est fréquente dans la syphilis héréditaire tardive; on l'observe aussi, il est vrai, dans le rachitisme et la scrofuleuse. Quant à la kératite parenchymateuse, l'auteur partage entièrement l'opinion de Mauthner: elle ne suffit pas, même avec la déformation des dents, pour poser le diagnostic de la syphilis héréditaire en l'absence d'autres symptômes.

L'auteur n'a pas eu l'occasion d'observer des maladies graves de l'oreille à la suite de la syphilis héréditaire.

Quand un individu présente à la fois la déformation des dents, la kératite parenchymateuse et une affection des oreilles, on peut soupçonner la syphilis, mais on ne saurait l'affirmer que dans le cas où il existerait d'autres symptômes syphilitiques, ou bien si le traitement spécifique

amène une amélioration ou une guérison rapide de la maladie des oreilles et de celle des yeux. La triade d'Hutchinson ne permet qu'un diagnostic probable, mais non certain.

L'auteur termine en disant que, dans certains cas, la syphilis héréditaire peut se montrer un grand nombre d'années après la naissance, sans phénomènes préalables, sous forme de la période ultime de la syphilis.

Le traitement dépendra de la gravité des symptômes. En cas d'affection du système nerveux, des yeux, des oreilles, de perte imminente du nez, de perforation du palais, on aura immédiatement recours à une cure de frictions; on fera prendre en même temps la décoction de Zittmann dont l'action est toujours très évidente dans la syphilis tertiaire.

Plus tard, on prescrira les préparations d'iode, notamment l'iodure de fer, que l'on continuera longtemps, même après la guérison. A. DOYON.

III. — L'auteur publie dans tous ses détails un cas remarquable de syphilis héréditaire tardive observé pendant cinq mois à la clinique dermo-syphilopathique de Gènes. Les accidents très complexes présentés par le malade comprenaient : ostéochondrite épiphysaire, synovite du genou gauche, contracture syphilitique des biceps avec ankylose angulaire des avant-bras, périostoses, gommes sous-cutanées, syphilides nodulo-ulcéreuses, atrophie des ganglions lymphatiques, hépatite interstitielle diffuse avec foyers gommeux et dégénérescence amyloïde à forme miliare, splénite diffuse et dégénération amyloïde, infantilisme et enfin syphilis dentaire.

Malgré ces graves et nombreuses lésions, la médication mercurielle et iodurée à doses élevées et suivie pendant longtemps, eut un remarquable succès.

Cette observation mérite d'occuper une place importante dans l'histoire de la syphilis héréditaire. A. SIREDEY.

IV. — MM. Gaillard et Giraudeau ont présenté à quelques semaines d'intervalle, des preuves irrécusables de la distinction que l'on doit faire entre le rachitisme et la syphilis.

M. Gaillard a observé une famille dans laquelle le père et la mère avaient contracté la syphilis, alors que plusieurs années auparavant ils avaient eu un enfant rachitique.

Le cas de M. Giraudeau est aussi net. Un couple de rachitiques a donné naissance à un rachitique. Huit ans après, la syphilis entre dans le ménage. Il s'agissait donc de rachitiques contractant la syphilis, contamination difficile à concevoir si l'on admet que, du fait même de leur rachitisme, ils étaient en puissance de syphilis héréditaire. PERRIN.

V. — B. G..., âgé de 40 ans, d'origine allemande, fourreur, entra le 4 mai 1886 à Charity Hospital pour une éruption inflammatoire aiguë de la face, des mains et des pieds. Un érythème à bords nettement circonscrits recouvrait presque tout le visage, s'étendait vers les oreilles et quelque peu sur le cuir chevelu et le cou. Les surfaces malades étaient recouvertes de vésico-pustules, lesquelles étaient surtout abondantes sur le front, les joues et le menton, et avaient la grosseur d'un pois. Les paumes des mains et la face interne des doigts étaient le siège d'une vive rougeur érythémateuse nettement limitée. Les ongles des deux mains étaient ternes, rugueux, striés, fendus et déchiquetés à leurs extrémités; à la matrice unguéale de l'annulaire de la main droite, il y avait même un point suppuré. A la plante des pieds se voyaient des plaques érythémateuses semblables comme coloration à celles des mains, mais moins étendues. Les ongles des orteils étaient indemnes. Sur les cuisses et les jambes, il y avait quelques petites plaques érythémateuses disséminées; quelques-unes présentaient à leur centre de petites pustules. Lorsque l'auteur vit le malade pour la première fois, trois jours après son admission à l'hôpital, le visage était très enflé, la plupart des pustules s'étaient affaissées, étaient devenues confluentes, et on trouvait à leur place une surface suintante, blanchâtre, quelque peu surélevée, diphtéroïde d'aspect, d'où s'échappait une sécrétion abondante, purulente, d'une odeur fétide. Sur la nuque, il venait au contraire de se former une éruption en tout semblable à ce qu'avait été celle de la face au début: elle était identique d'aspect à une brûlure du second degré. Sur les mains et les doigts, l'éruption était devenue plus sombre, presque livide, et la couche cornée de l'épiderme se détachait en ces points en larges lamelles, au-dessous desquelles ne se voyait point d'exsudation. Aux pieds, la desquamation n'avait point commencé, et plusieurs semaines après, elle ne s'était pas encore produite. En divers points du corps, surtout sur les cuisses et sur la partie antérieure du tronc, se voyait une éruption de petites pustules disséminées autour des follicules pileux. Il n'y avait point d'infiltration notable du derme au niveau des pustules. Cà et là, surtout sur les bras, se voyaient des placards érythémateux d'un rouge sombre, non surélevés au-dessus du niveau des parties saines et ne donnant au toucher aucune sensation anormale. Les muqueuses paraissaient indemnes. Le malade présentait une faiblesse générale et de l'anorexie, mais pas d'autres phénomènes morbides, en particulier pas de réaction fébrile apparente. Les lésions de la face et du cou rappelaient comme aspect l'hydroa bulleux de Bazin.

Le diagnostic était extrêmement obscur: ces éruptions polymorphes présentaient des analogies avec ce que Tilbury Fox et Bazin ont décrit sous le nom d'hydroa, et Duhring sous le nom de dermatitis herpetiformis. Les commémoratifs donnés par le malade n'apportaient guère de clarté: il racontait en effet que l'éruption du visage existait déjà depuis plusieurs semaines lorsqu'il était entré à l'hôpital, et depuis six ou sept mois il avait eu plusieurs poussées successives de la même affection en divers points du corps. Il est marié et a eu 12 enfants dont 8 sont vivants et en excellente santé; le dernier a 2 ans; sa femme est très bien portante. Le médecin du malade, Dr L. Fischer, a raconté au Dr Bronson qu'il l'a traité pendant les 2 ou 3 dernières années pour plusieurs

éruptions : la première eut le caractère d'un exanthème papuleux ; quelques mois après, survint vers l'anus une éruption vésiculeuse qui ressemblait à de l'herpès, et formait des groupes ; elle disparut peu à peu et fut suivie à des intervalles de temps variables d'autres éruptions papuleuses en divers points du corps. Toutes ces manifestations cutanées furent considérées comme syphilitiques et cédèrent toujours au traitement spécifique.

Lorsque le Dr Bronson vit le malade pour la première fois, celui-ci ne présentait pas la moindre lésion qui pût être regardée comme nettement syphilitique. Mais peu à peu se produisirent d'importantes modifications. Pendant plusieurs jours, les plaques diptéroïdes du visage continuèrent à sécréter un abondant liquide purulent, et pendant tout ce temps la face resta fort tuméfiée. Puis le suintement devint moins abondant, le gonflement des parties malades diminua, mais il se produisit des néoplasies hypertrophiques, surélevées, quasi verruqueuses, uniformément disposées sur les régions pileuses du visage, mamelonnées ou papilliformes, et presque confluentes. Les sillons qui les séparaient les unes des autres étaient remplis de pus, de telle sorte que la lésion dans son ensemble, dit l'auteur américain, rappelait des framboises entourées de crème. Sur le front et les parties supérieures des joues, l'éruption était moins accentuée et était constituée par des éléments limités, arrondis ou ovulaires nummulaires. Sur la partie postérieure du cou, presque tous les éléments éruptifs étaient discrets, blanchâtres, de la dimension de gros pois, à surfaces aplaties, et ressemblaient assez exactement aux *condylomata lata* des organes génitaux. Ils n'occupaient que la partie centrale des plaques érythémateuses ; il n'y avait qu'une semaine que l'éruption pustuleuse s'était pour la première fois montrée en ce point : ces productions morbides du cou ne durèrent que de dix à quinze jours, puis elles disparurent avec rapidité, probablement sous l'influence d'applications locales de sublimé. Celles du visage durèrent beaucoup plus longtemps. Pendant la troisième semaine qui suivit l'admission du malade à l'hôpital, deux plaques rouges érosives à centre légèrement grisâtre apparurent sur la lèvre inférieure ; elles avaient les dimensions d'un pois et paraissaient être consécutives à la rupture de bulles. Au bout de huit ou dix jours, leurs bases étaient très infiltrées, et elles faisaient une saillie d'une ou deux lignes au-dessus du niveau des parties voisines. Elles ressemblaient assez à des plaques muqueuses ; mais il n'y avait pas la moindre lésion dans la bouche. Les orifices des narines étaient oblitérés par des végétations et de l'épaississement de la peau. L'éruption du tronc devint aussi de plus en plus papuleuse, et les papules de plus en plus volumineuses.

Le 17 mai, on vit apparaître sur le dos, surtout vers la région scapulaire, une abondante éruption de petites papules et de pustules, chacune d'elles autour d'un follicule.

Le 25 mai, se formèrent sur le dos et les bras une assez grande quantité de papules les unes miliaires, d'autres de la grosseur d'un pois, d'autres plus volumineuses encore, quelques-unes présentaient au centre une légère dépression et un peu de desquamation. Toutes les pustules avaient disparu.

Le 31 mai, toutes les éruptions étaient en voie de disparition. Le 7 juin, les éléments semblables à des condylomes qui se trouvaient vers la nuque s'étaient affaïssés, en laissant après eux des plaques brunâtres. Sur les parties supé-

rieures du visage se voyaient encore des éléments nummulaires hypertrophiques saillants, à contours irréguliers à surface le plus souvent lisse, un peu lobulée par places, sans le moindre suintement, l'épiderme qui les recouvrait paraissait être intact; sur les régions pileuses du visage, au contraire, l'éruption conservait toujours son caractère papillomateux et était recouverte d'une sécrétion purulente. Ça et là, sur la face, le cou, ou les autres régions du corps, se voyaient quelques éléments éruptifs vésiculeux ou vésiculopustuleux. La desquamation des mains avait complètement cessé; la santé générale était tellement bonne, que deux semaines plus tard le malade sortit de l'hôpital. Pendant tout le temps de ce premier séjour il ne prit aucun traitement antisyphilitique et ne dut son amélioration qu'au régime et à l'emploi de toniques.

Le 18 juin, l'auteur le revit: il avait quelques éléments nouveaux sur le visage, en particulier sur le front et sur les joues; ils s'étaient surtout développés sur les productions hyperplasiques ci-dessus décrites, lesquelles n'avaient pas encore disparu. Ces efflorescences étaient papuleuses, d'un rose pâle, d'aspect cireux, et formaient des groupes circulaires, annulaires, en croissant ou orbiculaires. Le menton et la partie inférieure des joues encore verruqueuse paraissaient être congestionnés comme si le processus morbide allait entrer dans une nouvelle période d'activité. Sur les paumes des mains qui étaient restées rouges, se voyaient plusieurs plaques circulaires desquammées entourées d'une collerette d'épiderme paraissant être les vestiges de papules syphilitiques. Quelques jours plus tard, les papules du visage avaient augmenté de volume et une éruption papuleuse fort abondante s'était de nouveau montrée sur le dos. Deux ou trois semaines auparavant, on avait excisé en ce point deux larges papules pour en pratiquer l'examen histologique et on y avait trouvé l'infiltration ordinaire et les cellules de granulation des lésions syphilitiques. Sur les jambes se voyaient de nombreuses papules couvertes de squames argentées (*psoriasis syphilitica*). Le malade semblait faible et anémique; on lui fit des frictions mercurielles, et au bout de cinq jours on constata une notable amélioration, laquelle continua à s'accroître pendant toute la quinzaine suivante. Les éruptions papuleuses et les végétations s'affaiblirent; ces dernières laissaient en disparaissant de petites dépressions aux orifices des follicules pileux. La peau conserva pendant fort longtemps une teinte d'un brun sale sur le front et la nuque. Le 26 juillet, le malade était presque entièrement débarrassé de tous ces accidents syphilitiques. Les productions hyperplasiques avaient toutes disparu ainsi que les papules, et les ongles, près de la matrice unguéale, semblaient repousser normaux. Le malade se plaignait d'hémorroïdes; en l'examinant on trouva à l'orifice rectal une excroissance du volume d'une grosse fève, recouverte d'une masse de saillies papillaires. Des excroissances verruqueuses semblables, groupées en petites touffes, étaient disséminées ça et là sur la marge de l'anus. Toutes ces néoplasies disparurent rapidement sous l'influence du traitement.

Les lésions végétantes de la face et du cou ne correspondaient à aucune forme définie des syphilides végétantes: elles différaient de ce que l'on a appelé la *frambæsia syphilitica* (*syphilis cutanea vegetans*) qui ne se produit d'ordinaire que peu à peu, et est précédée d'ulcérations ou d'autres lésions syphilitiques bien nettes. Dans leur mode de développement, elles rappelaient l'herpès vegetans d'Auspitz et le pemphigus vegetans de Neumann.

Le Dr Bronson ne doute pas que son malade ne fût un syphilitique : il pense que le caractère objectif et la localisation des dernières éruptions démontraient l'existence d'une syphilis assez récente. Il est difficile de dire si les éruptions observées par le Dr Fischer ont été de nature spécifique : l'existence d'un enfant bien portant âgé de deux ans semble indiquer que la syphilis n'aurait été contractée qu'après cette naissance. L'auteur avoue d'ailleurs que rien dans l'aspect des lésions ne pouvait faire penser à la syphilis lorsqu'il vit le malade pour la première fois ; elles avaient le caractère de ce qu'Auspitz désigne sous le nom d'*erythanthema*, c'est-à-dire « une forme d'éruption cutanée dont la condition fondamentale est un érythème, lequel dans son évolution ultérieure peut être modifié par l'apparition d'efflorescences de formes diverses, vésicules, pustules, papules, etc... » L'*erythanthema* d'Auspitz comprend l'érythème polymorphe de Hèbra, et est un peu plus général que lui. Après quelques autres explications théoriques données sur cette modalité éruptive, l'auteur se demande si elle peut être le résultat de la syphilis, et dans ce cas si c'est une manifestation directe de la maladie, ou seulement un effet secondaire accidentel et indirect.

Il pense que le cas précédent démontre d'une manière nette et précise que l'*erythanthema* peut avoir des relations avec la syphilis. Car dans ce fait l'*erythanthema* a été intimement associé à d'autres lésions ayant un caractère bien syphilitique, telles qu'une éruption généralisée de papules lenticulaires miliaires, la production d'infiltrations circonscrites de couleur cuivrée sur les plaques érythémateuses, enfin la rapide disparition de toutes ces lésions sous l'influence du traitement spécifique.

L'auteur se demande ensuite si la roséole syphilitique ne pourrait pas être considérée jusqu'à un certain point comme un exanthème de nature spécifique pouvant être rapproché de l'*erythanthema*. Il rappelle que Hebra a signalé la possibilité de l'apparition d'un érythème papuleux généralisé comme éruption prodromique des syphilides bulleuse et ulcéreuse ; que Neumann a observé des poussées éruptives d'érythema iris sur la paume des mains d'un homme dont le dos était recouvert de papules syphilitiques ; que le même auteur a signalé la présence de l'érythema iris au début du pemphigus syphilitique des nouveau-nés. Il parle des travaux de Mauriac, qui a décrit, sous le nom d'érythème noueux syphilitique, certaines éruptions, survenant à une période peu avancée de la syphilis, d'aspect érythémateux et circonscrites, différant totalement au premier abord des autres formes de syphilides connues, et ressemblant tout à fait à l'érythème noueux. Il en a pour sa part observé tout dernièrement trois cas qu'il relate tout au long dans son travail.

Il s'appuie sur ces faits pour conclure que diverses formes d'érythan-

thema peuvent être associées avec la syphilis de telle façon qu'on est obligé d'y reconnaître un rapport de cause à effet.

L'auteur entre dans de fort longues considérations pour expliquer la possibilité de la production de ces manifestations syphilitiques, et pour savoir si on peut les considérer comme de véritables syphilodermes.

Il finit par émettre les conclusions suivantes que nous traduisons littéralement : 1° Certaines formes d'érythanthema survenant pendant le cours de la syphilis peuvent être regardés comme dérivant de cette maladie, surtout lorsqu'elles coïncident avec une éruption de syphilides typiques, ou qu'elles sont immédiatement suivies de ces éruptions; 2° à cause de leur ressemblance avec les affections cutanées angéoneurotiques ou neurotiques, il est probable qu'elles doivent aussi correspondre à ces dernières comme mode d'origine, et bien qu'elles soient sans aucun doute dues, comme cause première, à la syphilis, elles ne sont pas pathognomoniques de cette dernière affection, et probablement elles ne sont pas équivalentes comme étiologie aux véritables syphilodermes. 3° L'érythanthema syphilitique peut, par irritation réflexe et de la même manière qu'un traumatisme local, devenir le siège d'une infiltration syphilitique caractéristique.

Cette analyse est déjà beaucoup trop longue par elle-même, aussi ne la rendrons-nous pas encore plus pénible à lire en la faisant suivre de réflexions personnelles. Nous nous bornerons à faire remarquer que les idées soutenues par l'auteur demandent à être discutées, et que l'observation qu'il publie laisse quelque doute au lecteur qui n'a pas vu le malade, car on n'y trouve mentionné aucun antécédent, quelque peu probant de syphilis.

L. B.

VI. — *Cas I.* — En juin 1878, S. C..., jeune homme de 28 ans, assez faible de constitution, vint consulter l'auteur pour un chancre induré du prépuce et du gland; il menait une vie fort irrégulière, faisait un usage immodéré de boissons alcooliques, et ne suivait que fort imparfaitement le traitement prescrit. Aussi eut-il des éruptions de syphilides papuleuses miliaires à tendance pustuleuse; de l'iritis, des céphalées, etc... Puis il quitta New-York pendant deux années, et ne fit aucun traitement sérieux pendant tout ce laps de temps. A la fin de 1880, il revient consulter le Dr Taylor pour une infiltration gommeuse du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx. En 1882 il eut une nouvelle lésion gommeuse du pharynx, dont il guérit encore par le traitement mixte.

Après plusieurs autres péripéties, le malade qui menait une vie des plus dissolues, fut pris, pendant l'été de 1883, d'une diarrhée fort rebelle qui dura près de deux mois et qu'il attribua à l'impureté des eaux de la région du Far-West où il se trouvait à cette époque. Après que cette diarrhée eût cessé, il souffrit d'une constipation opiniâtre. Pendant cette période, de septembre à décembre, il commença à éprouver une sensation de gêne vers le rectum, surtout vers l'anus lorsqu'il allait à la garde-robe et à différents moments de la

journée. Parfois il se produisait en ce point un suintement teinté de sang. Le toucher rectal permit de constater que la portion sphinctérienne du rectum était normale, mais qu'au niveau de sa jonction avec l'ampoule rectale, à une hauteur de deux pouces environ sur la paroi postérieure gauche, il y avait une partie de muqueuse de un pouce et demi de long environ, sur près de deux pouces de large, laquelle était nettement épaissie. Les bords de cette lésion formaient une section bien marquée. Sa consistance était dure, moins élastique que le reste du rectum, et donnait au toucher la sensation d'une sorte de tumeur verruqueuse papillomateuse. En opérant avec soin, on put l'examiner sans douleur au spéculum et on vit distinctement qu'elle avait une coloration rouge sombre, et que de nombreuses proéminences paraissant situées autour des follicules en hérissaient la surface. Vers le bord inférieur se voyait une fissure d'un demi-pouce de long, de près d'un quart de pouce de profondeur et qui laissait suinter du muco-pus. Le Dr Taylor porta le diagnostic d'infiltration gommeuse du rectum; il prescrivit le traitement mixte associé à des toniques, fit faire des irrigations rectales chaudes et appliquer des suppositoires d'iodoforme pour la fissure et des suppositoires contenant de cinq à dix grains d'onguent mercuriel et une petite quantité d'opium.

Au bout de quatre mois de ce traitement, la tuméfaction avait presque entièrement disparu et il ne persistait que de l'induration et de la rigidité de la muqueuse.

Cas II. — En 1884, l'auteur fut consulté par une dame, âgée de 40 ans, et qui, huit ans auparavant, avait été syphilitisée par son mari. Pendant les deux premières années de sa maladie, elle en avait, aussi bien que son mari, ignoré complètement la nature; pendant les trois premières années de sa syphilis elle avait avorté deux fois. Pendant l'hiver de 1883, elle eut deux gommées suppurées à l'extrémité interne de chaque clavicule. Vers le mois de février 1884, elle remarqua qu'elle avait quelque chose d'anormal dans le vagin, et qu'à la défécation elle éprouvait comme une sensation d'obstacle vers le fondement; elle ne souffrait pas, mais rendait un peu de mucus visqueux dans ses garde-robes, surtout lorsqu'elle était constipée. En pratiquant le toucher rectal, on trouvait à un peu plus de deux pouces de l'anus, vers la paroi antérieure du rectum, une plaque indurée, ovale, d'au moins deux pouces de diamètre; la surface en était papillomateuse. La tumeur et les parties voisines étaient un peu sensibles. En pratiquant à la fois le toucher rectal et le toucher vaginal, on prenait la néoplasie entre deux doigts; il devenait alors évident qu'elle infiltrait la paroi antérieure du rectum et qu'elle intéressait même légèrement le tissu cellulaire sous-cutané situé entre le rectum et le vagin. L'auteur institua le même traitement que dans le cas précédent, et avec un succès complet. En février 1886, il ne persistait plus qu'une fort minime induration de la muqueuse rectale.

Cas III. — Pendant l'été de 1878, Mrs. O'C..., Irlandaise, âgée de 28 ans, mère de deux enfants, vint se faire soigner par le Dr Taylor à l'hôpital. Quatre ans auparavant elle avait été infectée par son mari et avait eu diverses manifestations syphilitiques. A cette époque, elle avait des tumeurs sur tout le crâne et des ulcérations gommeuses sur les cuisses et les jambes. Elle guérit grâce au traitement.

Vers la fin de 1879, elle eut un troisième enfant; souffrit beaucoup de constipation pendant cette grossesse, et, vers le mois de mars 1880, revint consulter l'auteur pour une sensation pénible qu'elle éprouvait vers le rectum et un écoulement sanieux qui se faisait par l'anus. L'orifice rectal était rouge et en-

flammé; par le toucher on arrivait à une hauteur de deux pouces environ sur une ulcération profonde, à bords épais et taillés à pic; et d'une étendue de deux pouces au moins; elle occupait les parois postérieures et latérales. La malade avait des alternatives de diarrhée et de constipation. L'auteur fit faire localement, au moyen du spéculum, des insufflations d'un mélange d'iodoforme et de sous-nitrate de bismuth à parties égales; et il institua en même temps le traitement spécifique. Après des soins minutieux et prolongés il obtint la cicatrisation complète de la lésion.

Cas IV. — (Vu en consultation avec le Dr C.-E. Lockwood.) Femme âgée de 23 ans, syphilitique depuis cinq ans. Sur la paroi postérieure du vagin, à deux pouces et demi environ de profondeur, se trouvait un orifice déchiqueté par lequel on pouvait faire passer une sonde dans le rectum. Au même niveau, mais un peu au-dessus, se trouvait aussi un rétrécissement du rectum dont la malade souffrait déjà depuis plusieurs mois. Ce rétrécissement était fort étroit; on pouvait à peine y introduire le bout de l'index; la communication recto-vaginale était beaucoup plus large du côté du rectum ce qui prouvait que le processus morbide avait débuté par là. Au bout de quatre mois de traitement, l'orifice de communication était fermé. Mais le rétrécissement était à l'état fibreux, et l'on remit toute intervention à une époque ultérieure.

L. B.

VII. — Le premier des cas publiés par l'auteur est des plus intéressants; il s'agit d'un homme, âgé de 58 ans, qui fut admis à l'hôpital le 18 décembre 1880. Vingt ans auparavant, il avait eu un chancre induré qui fut suivi d'une syphilis secondaire des plus nettes. Puis, il ne vit plus survenir aucun phénomène morbide; il était sobre.

Les premiers symptômes de l'affection à laquelle il succomba, ne se montrèrent que trois mois avant son admission à l'hôpital. A cette époque, il fit une chute, à la suite de laquelle, il ressentit des troubles divers. Il eut de la rétention d'urine. Lorsqu'il était debout, il se sentait étourdi; lorsqu'il essayait d'avancer, les yeux fermés, sa démarche était pénible et ataxique.

Il n'y avait pas de paralysie proprement dite des muscles, et au dynamomètre, il n'y avait pas de différence entre le côté droit et le côté gauche. Il n'y avait pas de symptômes douloureux, mais un peu d'anesthésie cutanée. La parole était pâteuse, l'urine renfermait du pus.

Le 22 décembre, le malade fut atteint de paralysie des sphincters et l'on soupçonna une myélite.

Deux jours plus tard, il commença à avoir le hoquet; la température qui avait atteint 102° Fahr, redevint normale, mais le pouls continua à être fort rapide. Bientôt il tomba dans le coma; la température s'éleva de nouveau à 101° Fahr., et quelques heures après il expira.

Nous laissons de côté les divers détails de l'autopsie; notons seulement qu'on constata l'existence d'une pneumonie syphilitique, dont l'auteur donne un dessin histologique. La pie-mère médullaire était nettement épaissie, la moelle elle-même était plus résistante qu'à l'état normal.

L'examen microscopique montra que l'épaississement de la pie-mère était dû au développement d'un tissu connectif fibrillaire nouvellement formé.

Les vaisseaux de la pie-mère et ceux de la moelle étaient altérés; ils étaient dilatés, leurs parois étaient épaissies, non par la production de tissu connectif nouveau, mais par le dépôt d'une substance hyaline, transparente, particulière; aussi pouvait-on donner à cette lésion la dénomination de transformation hyaline. Une altération semblable, mais beaucoup moins marquée, existait dans les vaisseaux de l'encéphale.

Le deuxième cas est celui d'un Allemand, de 30 ans, alcoolique et syphilitique depuis plusieurs années, qui présentait, depuis deux ans, des douleurs névralgiques, intolérables dans la tête, et en divers points du corps.

Une semaine avant sa mort, ses facultés intellectuelles s'altérèrent, puis il tomba dans le coma et mourut. A l'autopsie on trouva de l'épaississement et de la congestion des méninges; dans le lobe droit du cerveau, une gomme de la grosseur d'une noisette, et dans la moelle, trois petites gommages de la grosseur d'un pois environ.

Le troisième cas est celui d'un homme de 48 ans, sans antécédents syphilitiques connus.

Deux ou trois ans avant sa mort, il fut pris d'une certaine paresse des membres et de maux de tête. Ces symptômes s'accrochèrent de plus en plus; ses idées se troublèrent, sa mémoire diminua; la miction était difficile.

Peu avant la terminaison fatale, la langue était un peu déviée à gauche; le réflexe rotulien était un peu augmenté à gauche, un peu diminué à droite.

A l'autopsie, on trouva au sommet du poumon gauche de la pneumonie syphilitique, dans le poumon droit des quantités de nodules qui ressemblaient à des tubercules et qui étaient des gommages miliaires. En séparant les deux hémisphères cérébraux, on vit une tumeur dans la partie droite du corps calleux au niveau de la scissure de Rolando; elle avait environ le volume d'une noisette; en dehors, elle faisait saillie dans le sinus longitudinal et en dedans dans la cavité ventriculaire. Elle s'enfonçait dans la couche optique à la jonction de son tiers moyen et de son tiers postérieur et elle empiétait aussi sur la capsule interne, le corps strié et une partie de la capsule externe.

L'auteur en donne un examen histologique détaillé avec figures, et il en conclut que c'est sûrement une gomme syphilitique, malgré l'absence de tout commémoratif.

Dans le quatrième cas, il s'agit également d'une gomme du corps cal-

leux. Le malade, âgé de 45 ans, n'ait tout antécédent syphilitique, mais reconnaissait avoir eu la blennorrhagie. Cinq jours après son entrée à l'hôpital (1^{er} juillet 1885), il eut trois convulsions qui furent suivies d'une paralysie partielle, laquelle s'aggrava peu à peu, mais qui ne devint pas assez marquée pour l'empêcher complètement de marcher. Il avait perdu la mémoire, avait une légère paralysie faciale droite, avec paralysie des membres supérieur et inférieur du même côté, mais sans diminution de la sensibilité.

La température superficielle du côté paralysé était inférieure à la normale; il n'y avait pas d'œdème des membres inférieurs. Le 3 juillet, tous ces symptômes s'étaient aggravés; il y avait de l'incontinence des urines et des matières fécales; la langue était déviée vers le côté paralysé.

Le 10 juillet, on s'aperçut que la sensibilité avait fort diminué dans le côté paralysé; le 15, la déglutition devint difficile, l'aphonie était presque complète; le 24, il eut une attaque de dyspnée fort accentuée; sa respiration devint superficielle, fréquente, irrégulière, le pouls rapide et imperceptible, enfin il succomba.

Je laisse de côté tous les détails de l'autopsie; la seule lésion bien apparente des centres nerveux était un néoplasme volumineux, de forme ovale, intéressant la partie intérieure et externe du corps calleux à gauche. L'examen microscopique en démontra la nature syphilitique. La lésion avait évidemment pris naissance dans la partie antérieure du corps strié; puis elle avait envahi la capsule interne, et avait comprimé l'insula de Reil et la troisième circonvolution frontale.

L. B.

VIII. — Matelot irlandais, âgé de 30 ans. Six mois avant son entrée à l'hôpital, il s'aperçut que sa vue diminuait, surtout à droite. Vers la même époque, parut à la région frontale une douleur intense qui lui permettait à peine de vaquer à ses occupations. Deux mois plus tard, à son arrivée à Londres, on constata que l'œil gauche avait également perdu de sa puissance visuelle. Depuis lors, la vue diminua graduellement, et les maux de tête persistèrent avec la même intensité. Deux ans avant le début de ces symptômes, il avait eu un chancre syphilitique, puis une éruption secondaire des plus nettes.

En mai, le malade paraît fort et vigoureux; sa démarche est chancelante, sa parole lente, pas de paralysie. Pupilles dilatées, non contractiles à la lumière; la vision est fort atteinte, le malade ne perçoit plus que les impressions lumineuses. — Œil droit: milieux transparents, papille très malade et tuméfiée; vaisseaux rétinienstortueux et dilatés, quelques extravasations sanguines sur leur trajet; neuro-rétinite fort accentuée. — Œil gauche: mêmes lésions du fond de l'œil, tuméfaction de la pa-

pille moins marquée qu'à droite; en divers points les artères sont recouvertes d'un exsudat. Le malade se plaint toujours d'un violent mal de tête.

Après un traitement de deux mois, les lésions oculaires s'étaient un peu modifiées, l'œdème papillaire avait diminué et le nerf optique avait pris un aspect atrophique. La vue était tout à fait perdue. Sauf la lenteur de la parole, il n'y avait aucun trouble de motilité apparent. Le malade éprouvait toujours de violents maux de tête; enfin, le 16 juin, il tomba subitement dans le coma et succomba trois heures après.

L'autopsie fut pratiquée dix heures après la mort. La dure-mère est fort congestionnée dans toute son étendue; par place il y a même des ecchymoses. La surface du cerveau est sèche, il n'y a pas trace de liquide céphalo-rachidien; les circonvolutions sont partout plus ou moins aplaties, et les sillons correspondants sont, par suite, moins profonds: cette disposition est surtout marquée vers le lobe antérieur droit. Injection générale de toute la face externe des hémisphères.

A la partie inférieure du cerveau, il n'y a qu'une assez petite quantité de liquide dans les espaces sous-arachnoïdiens. Sur la partie latérale droite de cette base, vers le pont de Varole, se trouve une tumeur intimement unie au lobe temporo-pariétal droit. Cette tumeur est blanchâtre, demi-transparente, molle; elle comprime en dedans le tractus optique droit et le côté droit du chiasma: le chiasma est déplacé et porté à gauche de la ligne médiane. Les cinquième, sixième, septième nerfs sont sains à leur origine. La moitié droite de l'hexagone de Willis est également comprimée par la tumeur. Le nerf moteur oculaire commun court sur la partie interne de la tumeur: il est nettement épaissi, mais il ne semble pas bien altéré. La surface du pont de Varole et de la moelle allongée paraît normale. La carotide droite, qui est située à la partie antérieure, de la tumeur est un peu épaissie.

Le ventricule latéral gauche est fort dilaté et contient beaucoup de liquide. La même altération existe à droite; le corps strié du même côté est fort tuméfié et ramolli: il fait saillie sur les sections; la coupe en est gris rougeâtre.

L'examen microscopique de la tumeur montre qu'elle est constituée de cellules et de noyaux abondants, çà et là disséminés dans un stroma de tissu conjonctif de nouvelle formation: les cellules ressemblent à des globules blancs du sang. L'épendyme est épaissi, et, dans les ventricules, il y a des petits foyers de dégénérescence graisseuse. Beaucoup de petits vaisseaux, surtout une petite artère qui se rend au corps strié droit, sont le siège d'endarterite.

L. B.

IX. — L'auteur a voulu se rendre compte de l'importance de la syphilis comme cause des paralysies des muscles de l'œil ; pour cela, il a relevé avec le plus grand soin les cas que le Dr Roosa et lui ont pu observer pendant ces trois dernières années. Il a recueilli 36 cas de paralysie de la troisième paire ou de quelques-unes de ses branches. Dans 10 d'entre eux, il y avait des antécédents avérés de syphilis ; dans 18 autres, il existait une cause bien établie autre que la syphilis, dans les 8 derniers on ne put trouver aucune cause réelle. Cela fait donc une proportion de 27,7 0/0 des cas dans lesquels l'influence de la syphilis ne pouvait laisser aucun doute ; mais si l'on admet, comme le veulent certains auteurs, que les 8 cas à cause ignorée étaient dus à la syphilis, on obtient 18 cas de paralysies syphilitiques sur 36, c'est-à-dire 50 0/0. Sur ces 36 cas, il y a 23 hommes et 13 femmes. Sur les 23 hommes, 9, c'est-à-dire 39 0/0, avaient des antécédents syphilitiques. Sur les 13 femmes, une seule, c'est-à-dire 7,6 0/0, avouait avoir eu la syphilis. Sur les 8 cas de cause inconnue, 6 étaient des femmes et 2 des hommes ; or, si l'on admet que ces cas étaient d'origine syphilitique, on voit que la proportion relative des paralysies de la troisième paire d'origine syphilitique dans les deux sexes est de 53 0/0 pour les femmes et de 47 0/0 pour les hommes.

L'auteur a observé 23 cas de paralysie de la sixième paire : 8 avaient des antécédents avérés de syphilis ; 7 avaient pour origine une autre cause bien établie ; 8 enfin n'avaient aucune cause connue. Donc la proportion des cas où la syphilis était incontestable, était de 34,3 0/0, et si l'on attribue à la vérole les cas d'origine inconnue, on arrive à la proportion énorme de 69 0/0. Sur ces 23 malades, 17 étaient des hommes et 6 des femmes. Sur les 17 hommes, 7 avaient des antécédents syphilitiques avérés ; chez 6 autres, on ne pouvait trouver aucune cause connue ; ce qui donne la proportion de 41 0/0 ou de 76 0/0 pour la syphilis suivant que l'on compte ou non comme syphilitiques les cas d'origine inconnue. Sur les 6 femmes, une seule avait des antécédents syphilitiques, 2 ne présentaient aucune cause connue ; ce qui donne toujours d'après le même raisonnement la proportion de 16,5 ou de 50 0/0 pour la syphilis.

L'auteur n'a pu trouver que 3 cas de paralysie de la quatrième paire ; aucun n'était d'origine syphilitique ; il a aussi observé 2 cas d'ophtalmoplégie externe dans lesquels il n'y avait pas la moindre trace de syphilis.

En somme, sur les 64 cas de paralysie oculaire relatés par l'auteur, on trouvait des antécédents syphilitiques avérés 18 fois (soit 28 0/0) ; 18 fois la cause était inconnue, et si on regarde ces derniers cas comme probablement syphilitiques, la proportion atteint 56 0/0. Le même raison-

nement permet d'établir que la proportion pour cent des hommes atteints de paralysies oculaires d'origine syphilitique a été de 36,3 0/0 ou de 59 0/0 ; celle des femmes a été de 10 0/0 ou de 50 0/0.

L'auteur ne se fait pas la moindre illusion sur la rigueur de cette statistique. Il établit qu'il est illogique d'attribuer à la syphilis tous les cas de paralysies oculaires d'origine inconnue, et d'autre part il fait remarquer qu'il est également illogique d'admettre qu'une paralysie est sûrement d'origine syphilitique par cela seul que le malade a eu autrefois la syphilis. Il suffirait donc de prendre la vérole pour être à l'abri de toutes les causes si fréquentes de paralysies oculaires. Il termine en faisant remarquer que l'on a beaucoup exagéré le rôle pathogénique de la syphilis dans les paralysies des muscles de l'œil. L. B.

X. — L'idée de combattre la syphilis par les inoculations est bien antérieure aux travaux de Pasteur. On n'a pas oublié les recherches d'Auzias-Turenne, celles de Percy, de Sperino ; les uns proposaient la syphilisation véritable comme mesure préventive contre la syphilis accidentelle, les autres préconisaient l'inoculation du chancre mou, partant d'une erreur causée par la confusion qui persista longtemps, entre le chancre mou et le chancre syphilitique.

Il s'agissait, surtout là, de mesures *préventives*. Bœck, de Christiania, imagina des inoculations *curatives*, non plus avec le pus du chancre mou, mais avec le liquide provenant d'accidents syphilitiques à diverses périodes.

Malgré les efforts patients de leurs auteurs, toutes ces tentatives n'eurent pas un grand succès à leur époque, mais le bruit qui s'est fait autour des expériences de Pasteur ne pouvait manquer de les tirer de l'oubli. Ce n'est point, toutefois, un retour à ces pratiques mort-nées que réclame le professeur Gamberini. Faisant un parallèle entre la rage et la syphilis, il trouve entre les deux maladies certaines analogies et se demande s'il ne serait pas utile d'appliquer à celle-ci ce qui a été tenté pour celle-là.

Rappelant les expériences de Bœck et les succès qu'invoquait cet auteur, à l'appui de sa méthode, il s'efforce de fixer l'attention sur ces faits. La notion des virus atténués offrirait aujourd'hui une base sérieuse, sur laquelle on pourrait édifier une méthode rationnelle de traitement.

Sans attendre les cultures qui viendront peut-être apporter de nouveaux éléments de succès lorsque les recherches bactériologiques auront définitivement fixé la pathogénie de la syphilis, l'auteur pense que l'on peut voir, dès maintenant, une atténuation naturelle du virus dans la marche de la maladie. Au chancre, accident très contagieux, succèdent les manifestations secondaires qui ne sont que très peu contagieuses quand leur surface n'est pas humide, c'est-à-dire lorsqu'elles consistent

en des lésions érythémateuses ou squameuses ; enfin arrivent les accidents tertiaires qui ne sont plus contagieux. N'y a-t-il pas là une indication précieuse bien propre à diriger les expérimentateurs ? Ne pourra-t-on pas, quelque jour, saisir le virus syphilitique dans son expression la plus atténuée pour arriver, par des inoculations progressives, à enrayer les accidents graves de la maladie à ses diverses périodes ?

Les expériences entreprises jusqu'ici sur des animaux n'ont pas donné tout ce qu'on pouvait en attendre ; les inoculations n'ont été suivies, la plupart du temps, que de résultats peu concluants, quelquefois suspects, et alors même que la maladie inoculée répondait bien à l'origine, aux caractères de la syphilis, elle se modifiait assez profondément dans sa marche et dans ses manifestations ultérieures pour perdre presque complètement la physionomie primitive qu'elle revêt chez l'homme. C'est néanmoins dans cette voie que l'on est obligé de poursuivre, en attendant des résultats applicables à l'homme.

Comme on le voit, la conférence de l'éminent dermatologiste est consacrée à des discussions purement théoriques sur le principe même du traitement de la syphilis basé sur les virus atténués. Il se contente d'exposer les desiderata, de signaler les faits antérieurs propres à étayer cette doctrine, sans apporter une méthode nouvelle prête à fonctionner. Ce n'est même pas un projet véritable, mais un simple souhait que formule l'auteur. Il se déclare volontiers partisan du procédé de Boeck, mais il voudrait le voir rajeuni par de nouvelles expériences, rendu plus scientifique par une adaptation à la syphilis des théories nouvelles sur l'atténuation des virus. Toute cette exposition, remplie de sages réserves, ne peut soulever de critiques que sur le principe même qui la dirige ; mais il serait téméraire de discuter aujourd'hui des questions qui sont, de toutes parts, à l'étude, et soulèvent chaque jour des controverses aussi passionnées que peu concluantes.

A. SIREDEY.

XI.—L'auteur voulant contribuer à vulgariser les injections de calomel par le procédé de Smirnoff, apporte à l'appui de cette méthode les faits qu'il a observés dans deux services hospitaliers de la ville de Milan consacrés aux maladies syphilitiques.

Il a traité 71 malades des deux sexes, ce qui donne un total de 244 injections hypodermiques. Satisfait des résultats obtenus, il s'efforce de démontrer qu'ils sont tout à l'avantage de la méthode. Cependant la lecture de son intéressant travail ne nous donne pas la même impression et nous pensons que les faits observés par le Dr Arcani-Angelo seraient plutôt de nature à fournir de sérieuses objections contre le traitement qu'il préconise.

Sur les 71 malades traités, 35 ont quitté l'hôpital avec la recomman-

dation de prendre *pendant trois mois des pilules de sublimé*. Un certain nombre de malades sont encore en traitement, d'autres ont disparu sans donner de leurs nouvelles après la première ou la seconde injection. Enfin dix fois les injections hypodermiques furent suivies d'abcès.

La méthode ne nous paraît pas avoir été d'ailleurs l'objet d'une expérimentation régulière et très précise; le nombre des injections, la quantité de calomel ayant présenté de très nombreuses variations d'un malade à l'autre. Il semble que ce traitement ait eu surtout d'heureux résultats sur les manifestations cutanées intenses, mais l'immixtion de la médication interne ne permet pas de juger la valeur définitive du procédé envisagé isolément.

L'auteur insiste avec raison sur un détail très important : c'est que les injections doivent être faites profondément dans l'hypoderme, et même dans les muscles. Notre excellent maître, le Dr Besnier, nous a depuis fort longtemps enseigné cette pratique, qui convient pour toutes les substances que l'on veut faire pénétrer sous la peau. Les injections ainsi faites sont moins douloureuses, mieux absorbées, et ne donnent presque jamais lieu à des abcès. Le choix de la région fessière nous paraît excellent, d'autant plus que cela faciliterait la guérison des lésions qui sont si souvent groupées dans le voisinage de cette région.

Mais il est un point que l'auteur laisse dans l'ombre et qui ne nous paraît pas de moindre importance; c'est le choix du véhicule de l'injection. Nous croyons en effet que le liquide injecté avec le calomel peut avoir une grande influence sur l'absorption ultérieure du médicament et sur les phénomènes inflammatoires qui accompagnent l'introduction de celui-ci sous la peau.

Quoi qu'il en soit, nous ne saurions formuler de critiques sur la méthode elle-même; mais il nous paraît nécessaire d'attendre des recherches plus concluantes.

A. SIREDEY.

XII. — Les injections hypodermiques de mercure dans le traitement de la syphilis présentent deux inconvénients : la formation d'abcès et la douleur. On peut éviter à peu près complètement les abcès avec une technique soignée et la propreté la plus scrupuleuse. Quant à la douleur occasionnée par les piqûres, on peut la supprimer aussi en grande partie en ajoutant de la cocaïne à la solution mercurielle.

Voici la formule de Mandelbaum :

Cocaïne muriatique.....	0 ^{sr} , 05
Bicyanure de mercure.....	0 ^{sr} , 01
Eau distillée.....	1 gramme

Mêlez. Pour une injection.

Au début, l'auteur injectait d'abord une solution de cocaïne, et, 2 à 3 minutes après, la solution mercurielle; mais il est préférable d'injecter les deux médicaments dans une seule et même solution. L'effet est le même.

A. DOYON.

XIII. — La méthode des injections sous-cutanées de sublimé (Lewin), de calomel par le procédé de Scarenzio ou par celui de Smirnoff, est d'une grande importance dans le traitement de la syphilis. Mais, outre les avantages que peut avoir cette pratique pour le traitement général de la maladie, on a remarqué que ces injections exerçaient, dans certains cas, une influence manifeste sur la disparition de certains accidents locaux. Zeine et C. Hunter ont déjà fait voir que des éruptions et des adénites disparaissaient plus vite dans les régions traitées. Köbner, de Berlin, ajoute souvent le traitement local au traitement général pour obtenir la guérison de certains accidents.

Unna emploie contre les pigmentations syphilitiques le collodion ou le sublimé à 1/100.

L'auteur apporte de nouvelles observations à l'appui de cette méthode. Des plaques muqueuses très persistantes de la région anale ont disparu après quelques injections de sublimé ou de calomel à la fesse, dans un point aussi rapproché que possible des parties malades. Il en a été de même de quelques éruptions rebelles.

Ce procédé paraît, en effet, recommandable, mais il est bon de rappeler que l'action locale des préparations mercurielles était connue bien avant la méthode des injections hypodermiques. Depuis longtemps on emploie en France les cautérisations au nitrate acide de mercure contre les plaques muqueuses persistantes, et l'emplâtre de Vigo comme topique sur la plupart des lésions tertiaires. L'innovation consiste simplement à adapter aux anciennes la méthode des injections sous-cutanées.

A. SIREDEY.

XIV. — L'auteur considère la salivation comme la cause de la stomatite mercurielle, et pense que la salive, incessamment ingérée par la déglutition, contribue à perpétuer l'empoisonnement. D'après lui, tous les traitements de la stomatite hydrargyrique n'agissent qu'en facilitant l'expulsion de la salive; l'influence du chlorate de potasse, de la pilocarpine peut, en effet, être interprétée dans ce sens. On arriverait au même but plus promptement et plus sûrement en pratiquant le cathétérisme du canal de Sténon.

L'auteur cite, à l'appui de sa thèse, deux observations cliniques dans lesquelles le cathétérisme, pratiqué deux fois à vingt-quatre heures d'intervalle, amena l'amélioration et la prompte disparition de la sto-

matite. Ce procédé peut avoir de bons effets quand la stomatite s'accompagne d'une tuméfaction énorme des glandes salivaires, comme on le voit quelquefois dès le début de l'hydrargyrisme, et encore pour le rendre tout à fait efficace faudrait-il joindre au cathétérisme du canal de Stenon celui du canal de Wharton, dont l'auteur ne parle pas. Mais il ne nous paraît pas vraisemblable que cette simple évacuation puisse convenir, comme le demande l'auteur, non pas seulement à la stomatite, mais à l'empoisonnement mercuriel en général. La salive, en effet, n'est pas la seule voie d'élimination du mercure contenu dans l'organisme, et il y aurait, selon nous, quelque imprudence à oublier les autres émonctoires, dont l'action peut être singulièrement favorisée par un traitement plus rationnel.

A. SIREDEY.

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Société d'imprimerie PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 54.6.87.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRES.

I

LEÇONS NOUVELLES SUR LES AFFECTIONS CUTANÉES
D'ORIGINE NERVEUSE

DES DERMATOSES PAR CHOC MORAL (ÉMOTION MORALE VIVE)

Par M. le Professeur **Henri LELOIR** (1).

Messieurs, l'existence, dans notre salle Saint-Henri, de deux malades atteintes d'eczéma survenu quelques heures après une vive émotion morale, m'amène à vous parler aujourd'hui d'un groupe de dermatoses d'origine nerveuse important à connaître, dont l'existence a tour à tour et depuis longtemps été niée ou affirmée, combattue ou attaquée d'une façon exagérée par les dermatologistes.

Il y a bien des années, en effet, que l'influence des émotions morales vives a été indiquée par les auteurs dans la production des dermatoses, comme vous pourrez vous en convaincre en lisant les travaux d'Alibert, de Cazenave et de son élève Canuet. Depuis, bien des dermatologistes ont successivement rejeté ou adopté l'opinion qui considère comme certaine l'existence des maladies de la peau consécutives à des émotions morales.

Je ne veux pas insister plus longtemps sur l'histoire de cette question, et vous renvoie à ce que j'ai dit de la question, dans mon livre de 1881, sur les affections cutanées d'origine nerveuse et dans mon article : Trophonévrose du *Dictionnaire* de médecine et de chirurgie pratiques de Jaccoud. — A mon avis, la plupart des auteurs qui se sont occupés du sujet ont été trop exclusifs, trop absolus, soit qu'ils aient admis trop facilement la relation de cause à effet, le *post hoc, ergo propter hoc*; soit que, guidés par des idées théoriques, ils n'aient pas voulu admettre comme exacts des faits où la relation de causalité s'imposait d'une façon évidente.

(1) Leçon professée à l'hôpital Saint-Sauveur en janvier 1887.

Une des principales causes d'erreur et de confusion dans une question aussi délicate, est que l'on n'a pas suffisamment distingué les émotions morales incriminées, au point de vue de leur nature, de leur durée, de leur intensité. Or ceci, selon moi, est absolument nécessaire.

Je m'explique : Voici une affection cutanée survenue à la suite ou dans le cours de chagrins prolongés, de peines morales de longue durée, Il est évident que la pathogénie de cette affection cutanée (en admettant qu'on la considère comme déterminée par les troubles nerveux produits par ces chagrins prolongés) ne peut être comparée, au point de vue de sa pathogénie, à cette dermatose qui survient subitement, brusquement, soudainement, à la suite d'une émotion morale violente, d'un *choc moral*, comme je vous l'ai dit souvent.

Il faut donc, comme je vous l'ai fait remarquer, comme vous le voyez sur ce tableau de classification des affections cutanées d'origine nerveuse (1), distinguer les affections cutanées d'origine nerveuse secondaires à des émotions morales en : 1^{re} affections cutanées secondaires à des émotions morales de longue durée, et 2^{re} affections cutanées secondaires à des émotions morales, brusques, subites, violentes, et de courte durée, à des *chocs moraux*.

À mon avis, si l'existence d'affections cutanées secondaires à des émotions morales prolongées est plus discutable [ici, en effet, la relation de cause à effet est moins nette, leur pathogénie est en outre plus complexe, et l'on peut se demander s'il ne faut pas faire jouer un rôle aux phénomènes dyspeptiques, aux troubles de nutrition déterminés par l'insomnie, etc., etc., à la constipation et aux auto-intoxications (Bouchard) qui en résultent], l'existence d'affections cutanées secondaires à des chocs moraux est indéniable. Il en existe des cas d'une authenticité incontestable.

D'ailleurs, Messieurs, le raisonnement, l'analogie, auraient dû rendre moins absolus les auteurs qui refusent toute action aux émotions morales comme pouvant déterminer l'apparition d'une affection cutanée.— Ne voyons-nous pas tous les jours une émotion morale vive déterminer sur une région cutanée plus ou moins étendue des troubles vaso-moteurs se caractérisant par une rougeur ou une pâleur plus ou moins prononcée ? Ne voyons-nous pas même des émotions vives, quoique bien moins intenses que les *chocs moraux* proprement dits dont nous reparlerons, déterminer des troubles sécrétoires glandulaires, des sueurs généralisées ou plus ou moins localisées ? Ne voyons-nous pas souvent une

(1) Voir mon tableau, page 732 des *Annales de dermatologie*, décembre 1886. paru dans mon travail sur les *Affections cutanées d'origine spinale produites par des lésions nerveuses périphériques*.

émotion morale vive, survenant chez un sujet déjà atteint d'une dermatose, déterminer une poussée, une exacerbation de cette affection cutanée ?

Quittant le tégument externe, n'ai-je pas, dans l'exemple classique du jeune soldat atteint de diarrhée subite et abondante au premier feu, un exemple probant de l'influence du choc moral sur les sécrétions du tégument interne ? N'est-il pas admis par les grands maîtres en neuro-pathologie, par Charcot, par Vulpian, par Brown-Sequard, par Westphal, etc., que des affections nerveuses graves (où cependant, jusqu'ici, l'examen histologique le plus minutieux n'a permis de constater aucune altération), des affections nerveuses pouvant même entraîner la mort, la paralysie agitante par exemple, ont souvent pour cause un choc moral ? J'ai encore présente à l'esprit l'histoire de cas semblables que j'ai vus dans les services de MM. Vulpian, Charcot, pendant mon internat à Paris. Vous avez pu observer l'année dernière, dans mon service, le cas de ce soldat de la légion étrangère qui, au Tonkin, tomba dans un trou rempli de Pavillons-Noirs. Délivré par ses camarades, il fut depuis sujet à des attaques d'épilepsie. Enfin, dernier exemple : M. le professeur Bouchard (*Leçons sur les auto-intoxications*, Paris, 1887, p. 9, etc.) n'a-t-il pas montré l'influence des secousses morales dans la production des accès de goutte ?

Comme en science, comparaison n'est pas raison, je veux vous apporter des faits scrupuleusement observés et critiqués, faits nouveaux et minutieusement observés, lesquels vous montreront, j'en suis sûr, que l'on ne peut nier l'influence des chocs moraux dans la production de certaines dermatoses.

Mais avant d'aller plus loin, je veux établir ce que j'entends par le terme « *dermatose par choc moral* ». Il me semble que le choc moral peut être considéré comme amenant la production d'une dermatose de la façon suivante : Chez un sujet sain, *non prédisposé*, le choc moral se bornera le plus souvent à déterminer des phénomènes vaso-moteurs si bien étudiés par mon maître, M. Vulpian, dans ses *Leçons sur l'appareil vaso-moteur*, ou des troubles sécrétoires glandulaires ; enfin dans d'autres cas des phénomènes de névrose cutanée passagers. Chez un *prédisposé*, ce choc moral produira des troubles vaso-moteurs, des troubles sécrétoires glandulaires (vous savez que dans mes travaux sur les affections cutanées d'origine nerveuse j'ai comparé la peau à une vaste glande étalée), lesquels, passagers chez le sujet non prédisposé, deviendront plus accentués, plus intenses, plus permanents chez le prédisposé ; absolument de la même façon qu'une irritation externe, insuffisante pour déterminer un eczéma chez un sujet non prédisposé, produira chez tel autre prédisposé un eczéma des plus intenses parfois. Toutes les cuisinières, tous les épiciers, etc., n'ont pas d'eczéma. Il faut

une prédisposition. L'irritation externe agit en donnant un coup de fouet à la prédisposition.

D'ailleurs, la pathogénie de ces dermatoses par choc moral ne me paraît pas beaucoup plus extraordinaire que celle de certaines dermatoses réflexes (urticaire, eczéma, etc.) dont l'existence est admise (et avec raison) par la majorité des dermatologistes, dermatoses qui ont été si bien étudiées par M. Besnier, dans ces derniers temps.

Abordons maintenant la relation de quelques cas, probants selon moi, que j'ai eu l'occasion d'observer soit à l'hôpital, soit dans ma pratique privée. Résumons rapidement ces cas, en les classant d'après l'essai de classification des maladies de la peau que j'ai adopté provisoirement depuis 1884, bien que je sois loin de le considérer comme parfait (1).

ANÉMIES CUTANÉES.

Syncope locale des extrémités consécutive à des émotions morales vives.

J'ai eu pour cliente une dame atteinte de lupus érythémateux de la face, que je traitais par les scarifications linéaires d'après la méthode de E. Vidal. — Les séances de scarification avaient lieu tous les 8 jours, et chaque fois qu'elle entrerait dans mon cabinet la malade, très nerveuse, éprouvait disait-elle, « comme une commotion violente dans tout son être. » Presque aussitôt les doigts de ses deux mains devenaient blancs jusqu'à leur racine et présentaient tous les phénomènes de la syncope locale des extrémités. En dehors de ces accès de syncope locale dus à de véritables chocs moraux, cette dame ne présentait jamais de signes de syncope locale, pas même lorsqu'elle exposait ses mains au froid par les plus fortes gelées. — L'ischémie de la peau des doigts durait environ un quart d'heure après les scarifications.

HYPÉRÉMIES CUTANÉES.

Je laisse de côté les *fluxions rapides* de la peau consécutives à une émotion morale quelconque. Celles-ci ne constituent qu'un phénomène passager et non une maladie.

Mais il existe des cas où l'érythème semble avoir succédé à une émotion morale vive, comme dans l'exemple suivant, que vous avez pu voir en 1883 dans nos salles.

Pels..., Cécile, 65 ans, entrée dans ma clinique à la salle Saint-Henri, le 24 décembre 1885 (observation n° 237 du recueil d'observations, Femmes),

(1) Je me borne, dans cette leçon, à relater brièvement les cas les plus frappants que j'ai observés depuis 1878. Les observations que je possède seront publiées complètement et *in extenso* dans la thèse d'un de mes élèves, M. Lévêque, auquel je les ai communiquées : *Contribution à l'étude des maladies de la peau produites par un choc moral*. — Thèse de Lille, 1887.

a été très sujette aux migraines, et est fort nerveuse. Elle n'a d'ailleurs jamais été sérieusement malade. Il y a 4 semaines, elle s'est mise dans une colère très vive pour une affaire sérieuse qu'elle n'a pas voulu nous raconter. Cette colère a duré une bonne heure.

A la suite de cette colère, elle se sentit toute bouleversée, perdit le sommeil, l'appétit, et fut tellement indisposée qu'elle se demandait si elle n'allait pas faire une grave maladie. En même temps, elle éprouva au niveau de la peau des picotements, des fourmillements, des espèces d'élançements de névralgie. Ces troubles nerveux cutanés augmentèrent, et 8 jours après sa colère elle vit survenir, d'abord sur les avant-bras, puis rapidement en l'espace de quelques jours sur les cuisses, sur le tronc, le cou, des taches rouges grandes comme des pièces de 50 centimes. Bientôt survinrent au niveau de ces taches des bulles remplies d'un liquide louche. Peu à peu ces lésions augmentèrent de nombre, et devinrent en certains points tellement confluentes (cuisses et avant-bras), qu'elles constituèrent de vastes placards.

— A son entrée dans le service, la malade était couverte de lésions d'érythème polymorphe bulleux siégeant sur le tronc et les membres, mais plus spécialement localisées au cou, au dos, aux fesses, aux cuisses. Les muqueuses étaient intactes.

L'urticaire par émotion morale vive est très fréquente.

Je connais un monsieur, mon client, qui se mit dans une colère violente à la suite d'une forte perte d'argent déterminée par l'incurie coupable d'un associé. A la suite de cette colère, il fut couvert des pieds à la tête d'une éruption ortiée des plus confluentes, laquelle persista pendant plusieurs jours.

J'ai pour cliente une dame très nerveuse, colérique, qui est certaine d'avance, comme elle le dit elle-même, d'être punie de sa colère par une poussée d'urticaire durant quelques heures et parfois même quelques jours.

HÉMORRHAGIES CUTANÉES.

Le *purpura* peut survenir consécutivement à une émotion morale vive. J'ai recueilli à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de mon maître, M. le professeur Fournier, une observation de *purpura urticans* de Willan, où l'éruption semble avoir été produite par choc moral.

Van..., 46 ans, journalière, est une femme de bonne constitution. Rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires, si ce n'est que ses parents étaient très nerveux. Elle n'a jamais eu d'autre maladie que la variole, à l'âge de 12 ans. — Régliée à 15 ans, elle le fut depuis lors toujours très régulièrement. Elle est sujette à de fréquentes migraines, surtout au moment de ses règles. Elle est très nerveuse et émotive. C'est la première fois qu'elle est atteinte de maladie de la peau.

Il y a 7 jours (le 20 mars), la malade se mit dans une colère violente qui dura plusieurs heures, et « me rendit, dit-elle, absolument malade ». Le jour même, les règles se montrèrent en dehors de leur époque habituelle, ce qui ne lui était jamais arrivé. En même temps, elle éprouva des élançements dans les membres inférieurs. Le 27 mars, elle fut prise le soir, après le dîner,

de vives démangeaisons au niveau des membres inférieurs. C'est alors qu'examinant les parties prurigineuses, elle constata la présence de taches purpuriques au niveau des poils des jambes. Le samedi, ces taches s'étendent aux genoux ; le dimanche, elles envahissent les cuisses, le lundi, elles gagnent l'ombilic. Le purpura urticans est absolument caractéristique le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital (1^{er} avril).

INFLAMMATIONS SUPERFICIELLES ET CATARRHALES DE LA PEAU.

Une des affections sur l'apparition de laquelle les chocs moraux paraissent exercer la plus grande influence est certainement l'eczéma. Je considère cette dermatose comme étant une de celles où la relation de cause à effet entre le choc moral et l'apparition de la dermatose s'observe le plus souvent et le plus nettement. Que de fois n'ai-je pas entendu mon maître, M. Lailler, dire à la consultation de Saint-Louis à une femme qui avait un eczéma aigu de la face : « Vous vous êtes mise en colère, » et les renseignements donnés par la malade venaient confirmer la vérité de son assertion. Je possède dans mes cartons un grand nombre d'observations d'eczémas apparus à la suite d'une émotion morale vive. Je me bornerai à relater quelques-unes des plus frappantes.

J'ai eu à Paris comme cliente, en 1882, une dame atteinte d'eczéma survenu de la façon suivante : c'était une femme vigoureuse mais arthritique et très émotive. Étant aux abords du Palais-Royal, elle fut culbutée par un omnibus à 3 chevaux. La présence d'esprit du conducteur empêcha qu'elle ne fût écrasée, elle éprouva cependant un choc moral considérable. Le jour même, elle fut obligée de se mettre au lit, et commença alors à éprouver par tout le corps des douleurs névralgiques, des sensations de fourmillement. Le lendemain, elle fut atteinte d'eczéma érythémateux des mains, des bras, etc. ; le jour suivant, l'eczéma était suintant et on y distinguait parfaitement des vésicules.

Chez une autre dame que je soignais il y a quelque temps, un eczéma aigu généralisé (1^{re} poussée) survint dans les conditions suivantes : son mari tombe brusquement frappé d'une attaque d'apoplexie. Le jour même, cette dame, un peu rhumatisante, très nerveuse, mais toujours bien portante jusque-là, éprouve des douleurs dans les membres, des fourmillements et des démangeaisons sur toute la surface de la peau. Le lendemain, la face et les membres étaient envahis en entier par une poussée d'eczéma rouge aigu qui ne tarda pas à s'étendre et dura plusieurs semaines.

Il y a quelque temps, je fus consulté par un riche commerçant atteint d'un eczéma de la face et des membres supérieurs ; eczéma symétrique très prurigineux survenu dans les circonstances suivantes : ce commerçant avait placé une partie de sa fortune dans une maison dont on lui annonça la faillite. Il éprouva une telle « commotion dans la tête », me dit-il, qu'il faillit tomber à la renverse. A la suite de ce choc moral, il éprouva de grandes lassitudes avec des élancements et des picotements au niveau de la peau des membres supérieurs. Le lendemain, la face et les plis des coudes se couvraient de petits boutons très prurigineux. Le jour suivant, l'éruption devenait confluyente et se présentait quelques jours après à mes yeux, lorsque le

malade vint me consulter, sous l'aspect d'un eczéma papulo-vésiculeux suintant.

Un autre de mes clients, homme de 60 ans, arthritique, nerveux, mais n'ayant jamais eu d'éruption cutanée, est renversé avec sa voiture. Le jour même il éprouve des « lancures dans la tête et la face, surtout autour des yeux ». Le lendemain, les paupières et les joues sont couvertes d'un eczéma papulo-vésiculeux.

J'ai recueilli à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier, l'observation suivante, que je relate un peu longuement, vu son importance.

Geaun..., Alphonsine, 28 ans, blanchisseuse, ne présente absolument rien à noter de particulier dans ses antécédents héréditaires. Elle n'a jamais eu d'affection cutanée, sauf une poussée d'impetigo du cuir chevelu à l'âge de 2 ans. Depuis cette époque, elle n'a jamais plus eu la moindre éruption. C'est une femme petite, sèche, d'apparence nerveuse et émotive, elle le reconnaît d'ailleurs elle-même : « J'ai toujours été bien portante, dit-elle, mais je suis excessivement nerveuse et impressionnable. » Voici comment a débuté la poussée d'eczéma dont elle est atteinte. En novembre 1883, étant absolument bien portante, n'étant pas à l'époque de ses règles (elle est bien réglée habituellement), ne présentant sur le corps aucun bouton ni aucune démangeaison, elle subit le choc moral que voici : elle se trouvait dans la rue, au pied de la maison qu'elle habite, et vit sa petite fille se pencher par la fenêtre du 1^{er} étage, appuyée sur la barre d'appui et sur le point de tomber. Elle cria, l'enfant eut peur et tomba, mais tomba si heureusement que sa mère put la recevoir dans ses bras, sans qu'elle se fût fait aucun mal. Cette pauvre femme éprouva une telle émotion, un tel choc moral, qu'elle perdit connaissance. A la suite de cette syncope, elle se retrouva brisée, courbaturée; et trois jours après cet événement il survint une poussée d'eczéma à petites papules confluentes sur les membres supérieurs. — Cet eczéma ne tarda pas à envahir les fesses, les membres inférieurs, la face, toute la surface cutanée de la malade, en un mot. L'éruption cependant finit par disparaître en fin décembre 1883. — Le 3 janvier 1884, à la suite d'une émotion morale, il survint une seconde poussée d'eczéma. A la suite d'une violente discussion qu'elle eut avec son mari, le 3 janvier 1884, elle fut atteinte d'une nouvelle poussée d'eczéma papuleux, généralisé, très prurigineux, qui persista jusqu'à son entrée à l'hôpital, le 2 février 1884.

Vous avez pu observer les cas suivants dans le service :

La nommée S..., Henriette, vit apparaître, 15 jours après l'explosion d'un générateur, un eczéma symétrique des jambes, des avant-bras et de la face, avec rougeur et oedème considérable de la peau.

La nommée Ver..., Marie, vit son fils, victime d'une chute, rapporté sur un brancard. Huit jours après elle fut atteinte d'un eczéma symétrique du dos du pied, des coudes-de-pied, du 1/4 inférieur de la jambe, des avant-bras, des bras et de la nuque.

La nommée Barb..., Marie, à la suite d'une attaque par un chien, fut prise d'un eczéma croûteux et symétrique des deux membres inférieurs survenu 6 jours après.

L..., Angèle, voit broyer la main d'une de ses voisines par un engrenage; 15 jours après, elle est atteinte d'eczéma papulo-squameux du cou et des membres.

Chez toutes ces malades de mon service, le choc moral fut immédiatement suivi de troubles nerveux divers (maux de tête, hypéresthésie, puis anesthésie, etc.) et de phénomènes de névrose cutanée (prurit, picotements, élancements) qui persistèrent jusqu'à l'apparition de l'éruption. Toutes étaient des femmes nerveuses, quelques-unes avaient présenté des phénomènes d'arthritisme; aucune n'avait encore été atteinte d'éruption cutanée.

Je pourrais multiplier les exemples d'eczéma consécutif à des chocs nerveux. Mais en voilà assez, je pense, sur ce sujet; je me bornerai, pour terminer, à relater un cas qui me fut raconté dernièrement par M. le Dr Vidal : Un conducteur de tramway a son car coupé en deux par un train de chemin de fer au passage à niveau de Vincennes. Quatre jours après, il fut atteint d'un eczéma généralisé pour lequel il entra à l'hôpital Saint-Louis.

PSORIASIS.

Les éruptions psoriasiques, bien que le psoriasis soit une affection fréquente (moins fréquente que l'eczéma, il est vrai), sont parfois consécutives à des chocs moraux. J'en ai observé un certain nombre d'exemples, et, quelle que soit l'opinion que l'on se fasse de la nature du psoriasis, je crois indéniable que dans certains cas une émotion morale violente peut déterminer une poussée de psoriasis (chez un prédisposé, bien entendu).

Je fus consulté à Lille, il y a quelque temps, par un jeune prêtre très nerveux et émotif, qui n'avait jamais eu d'éruption cutanée, pour un psoriasis survenu dans les circonstances suivantes. — Il fut poursuivi par un chien enragé et ne dut son salut qu'à une porte qu'il put fermer derrière lui. — A peine remis de son émotion, il éprouva des douleurs névralgiques dans les mains et le cou, et deux jours après apparut sur presque tout le corps une éruption de psoriasis guttata. — Plusieurs médecins l'avaient traité pour une syphilide psoriasiforme généralisée.

Vous avez vu, il y a quelque temps, dans le service, un homme qui fut atteint d'une éruption de psoriasis à la suite d'un choc moral. Ce malade, nommé

Van..., Ernest (n° 416 du recueil d'observations. Hommes), présente des antécédents arthritiques manifestes; mais il n'a jamais eu d'éruption cutanée. — Quelques jours avant son entrée dans nos salles, il se mit dans une colère terrible. — Le lendemain il éprouvait des picotements dans les membres, et 3 jours après apparaissait une éruption assez confluyente de psoriasis guttata et punctata.

J'ai recueilli, le 16 février 1884, l'observation suivante dans le service de M. le professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis.

Den..., Adelaïde, 24 ans, journalière, ne présente rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires. — Elle n'a jamais eu de boutons sur le corps, mais elle est sujette à des douleurs névralgiques, surtout au moment de règles. — Elle est très nerveuse, émotive, et a même quelquefois des attaques des nerfs. — Il y a trois semaines, elle eut une discussion avec son mari, et à bout d'arguments, elle lui appliqua un soufflet. — Son mari le lui rendit. Elle voulut sauter sur lui pour lui labourer la figure avec ses ongles, mais elle en fut empêchée par ses voisines, qui durent la maintenir de force. Elle eut alors un tel accès de rage, qu'elle tomba par terre sans connaissance et eut une épouvantable attaque de nerfs. — Le lendemain de cet accès de colère, elle était couverte, depuis la ceinture jusqu'aux cheveux, d'une quantité assez considérable de petites papules de psoriasis punctata, lesquelles se montrèrent sans être précédées de picotements ni de démangeaisons.

HERPÈS.

Des poussées d'herpès peuvent parfois se montrer à la suite d'une émotion morale vive. J'ai vu dans nombre de cas l'herpès labial et facial suivre à bref délai des chocs moraux. Je me bornerai à vous relater l'exemple suivant :

J'ai eu pour cliente, il y a quelque temps, une dame de 26 ans, née de parents rhumatisants, très nerveuse et émotive, migraineuse et dyspeptique, sujette à l'urticaire (c'est pour cette affection surtout qu'elle était venue me consulter). — Or, cette dame me raconta, lorsque je recueillis son histoire clinique, que chaque fois qu'elle éprouvait une émotion morale violente il lui survenait une poussée d'herpès labialis, 3 à 4 heures au plus après l'émotion morale. Quelques mois plus tard, cette dame, venant me consulter de nouveau, me fit remarquer sur sa lèvre inférieure un magnifique placard d'herpès labial survenu dans les circonstances suivantes : Elle fut réveillée en sursaut à 2 heures du matin, par un grand bruit dans la rue, et crut voir une vive lumière. Elle pensa que le feu était à la maison. Il n'en était rien, mais elle avait éprouvé une commotion morale violente. Cinq heures après, c'est-à-dire à 7 heures du matin, elle se réveilla la lèvre couverte de vésicules d'herpès. « Je m'y attendais d'ailleurs bien, me dit-elle. »

DERMATOSES BULBEUSES.

Le pemphigus n'est pas une affection fréquente, comme vous pouvez en juger par les statistiques hospitalières. Mais vous verrez, en lisant mon article : TROPHONÉVROSE du *Dictionnaire* de Jaccoud, que cette maladie doit être considérée, dans la plupart des cas, comme une affection d'origine nerveuse. Je possède quelques observations de pemphigus (ou pour mieux dire d'éruptions pemphigoides) où il semble y avoir eu relation de cause à effet entre le choc moral et l'apparition de l'éruption bulleuse.

Je commence par la relation d'un cas que j'ai relaté en 1884, dans mon article : *Trophonévrose* du *Dictionnaire* de Jaccoud :

Un riche fabricant de Lille avait eu une discussion avec un de ses voisins. Il croyait pouvoir travailler la nuit et ne s'inquiétait nullement de son malheureux voisin, que le tapage infernal de sa machine et de ses métiers incommodait beaucoup. Le voisin le pria de ne plus travailler; l'autre continua. Il s'ensuivit un procès. Le commerçant perdit son procès. Il se mit dans une rage telle qu'il est impossible de se l'imaginer; il ne mangeait plus et fut bientôt obligé de se mettre au lit. Quelque temps après, douleurs névralgiques violentes suivies d'éruptions qui purent faire songer à des zones (comme le crut même un instant mon collègue M. Hallez, avec lequel je vis le malade). Ces douleurs allèrent en augmentant, et bientôt apparurent les bulles de pemphigus. En peu de temps tout le corps était couvert de bulles; le pemphigus ne tarda pas à envahir les muqueuses et le malade mourut. Voilà donc un cas de dermatose bulleuse, de pemphigus par choc moral, qui a tué le malade.

Les deux observations suivantes d'éruptions pemphigoides consécutives à des émotions morales vives, et terminées fatalement dans un cas, m'ont été communiquées obligeamment par M. le Dr Dubois-Havenish (de Bruxelles), à la suite d'une conférence clinique que je vous fis devant ce médecin distingué, à propos d'un malade de ma clinique. Voici, d'ailleurs, intégralement reproduite, la note de M. le Dr Dubois-Havenish.

M^{lle} P... Constitution robuste, tempérament lymphatico-sanguin. Pas d'affection constitutionnelle. Pas d'antécédents héréditaires. Elle n'avait jamais eu de maladie antérieure, quand, il y a 2 ans, elle fut témoin d'une scène de brutalité qui la remua profondément. — Un paysan armé d'une bêche poursuivait un gamin, un maraudeur sans doute, et menaçait de lui faire un mauvais parti. M^{lle} P... rentre chez elle toute troublée, et fut plusieurs jours à se remettre de son émotion. — Trois semaines plus tard, des bulles de pemphigus se montrèrent sur différents points du corps. Toute la surface cutanée ne tarda pas à être envahie. Quand nous voyons la malade pour la première fois, l'affection date de 2 ans, et présente tous les caractères d'un cas type de pemphigus foliacé. Pas un point du corps n'est épargné. Les squames tombent et se reproduisent avec une rapidité incessante. Fièvre modérée. La malade est tourmentée par un prurit incessant. L'appétit est en grande partie conservé. Les fonctions digestives s'exécutent d'une façon assez régulière. Le pronostic est mauvais; nous nous empressons de faire part de nos appréhensions à la famille. *Traitement.* — Sulfate de quinine. — Vin de quinquina. — Noix vomiques. — Arséniate de soude. — Régime analeptique. — Enveloppement dans des draps saupoudrés d'amidon et d'oxyde de zinc. Au bout de 4 mois la maladie paraît enrayée. Mais ce succès n'est que de courte durée; de nouvelles poussées éclatent de toutes parts. La pauvre demoiselle, désespérée, retourne à la campagne. Nous ne la voyons plus que de loin en loin. Les fonctions digestives s'altèrent à leur tour, et la patiente finit par succomber dans le marasme. La maladie avait duré 4 ans.

Barbe Br... 10 ans 1/2, tempérament lymphatique. Constitution délicate.

Sur la cornée droite, traces d'une ancienne kératite strumeuse. Rougeole à 3 ans; fièvre typhoïde à 5 ans. Pas de maladie cutanée. Le 22 novembre 1885, un incendie éclate dans un bâtiment attenant à la chambre qu'occupe la petite Br... Le feu s'étend avec une telle rapidité que, quand les voisins donnent l'alarme, le sauvetage est devenu très difficile. L'enfant, qui dormait profondément, est réveillée en sursaut au milieu de la fumée et des flammes. On l'emporte à peine vêtue pour la déposer en lieu sûr. A partir de ce moment la santé de l'enfant s'altère. Elle perd l'appétit. Ses nuits sont troublées par des cauchemars affreux. Elle ne voit plus que maisons en feu. Vers la fin de décembre, un mois après l'incendie, une grosse bulle apparaît sur les bords de l'aile du nez, une autre suit sur le dos du nez, puis de nouvelles se succèdent autour de la bouche. L'éruption disparaît, et pendant quelques jours la malade semble guérie. Mais bientôt les bulles se montrent de nouveau et s'étendent cette fois au tronc, aux bras et aux jambes. C'est dans cet état que nous trouvons cette malade à notre première visite, le 25 août de cette année, 9 mois environ après le début du pemphigus. Pendant plusieurs semaines nous la soumettons aux préparations de fer et de quinquina, en nous efforçant de la nourrir aussi bien que possible, aussi bien que le permet l'état des voies digestives. Pendant une quinzaine de jours, sulfate de quinine à la dose quotidienne de 60 centigrammes. Le résultat n'est guère satisfaisant. Enfin, nous conseillons la liqueur de Fowler (2 gouttes 3 fois par jour, puis 3). Au bout de 3 semaines, toutes les anciennes bulles ont disparu; il ne s'en forme plus de nouvelles. Et pour ne nous laisser aucun doute sur l'efficacité de l'arsenic, dans le cas présent, une diarrhée intercurrente nous met dans l'obligation de suspendre le remède. L'éruption renaît en plusieurs points. L'arsenic, repris à la dose maxima de 9 gouttes par jour, en a une seconde fois raison. Au delà de 9 gouttes surviennent les vomissements et la diarrhée.

Dans ces deux cas, ajoute le Dr Dubois-Havenish, ce sont les malades elles-mêmes qui ont rapporté l'origine de leurs affections à l'émotion violente qu'elles ont éprouvée dans les circonstances que nous avons relatées. Faut-il admettre qu'il y a eu là, en réalité, une relation de cause à effet. La chose me semble vraisemblable.

J'ai observé quelques cas de vitiligo consécutifs à des chocs moraux, qui ont été publiés dans la thèse d'un de mes élèves, M. Lebrun, sur le vitiligo d'origine nerveuse (*Thèse de doctorat*. Lille, 1886).

Dans l'une de ces observations, il s'agissait d'un malade tuberculeux, qui, lorsqu'il a craché du sang pour la première fois, a éprouvé une violente émotion à la vue de ce sang, et, quelques jours après, a vu apparaître des taches de vitiligo.

Je possède bien quelques observations de *pelade* survenue à la suite d'émotions morales vives. Mais ces cas sont trop complexes pour que je me permette d'en parler à propos des dermatoses par choc moral. En effet, dans quelques-unes de mes observations de *pelade* (où l'étiologie

nerveuse semble ne pouvoir être niée), les sujets avaient éprouvé des émotions morales vives, mais répétées et prolongées. Ceci ne correspond donc pas à l'idée que nous nous faisons des dermatoses par *choc moral*.

D'autres avaient eu la syphilis (je me permettrai de vous faire remarquer en passant la fréquence relative de la pelade chez les syphilitiques, variété de pelade qui provient peut-être des lésions nerveuses centrales ou périphériques que l'on observe chez ces sujets).

Telles sont les variétés de dermatoses que j'ai vu succéder à des chocs moraux. Je ne possède aucune observation de lésion profonde, destructive de la peau, d'ulcères, etc., survenus à la suite d'une émotion morale ; je dirai plus, je n'en connais pas d'exemple.

RÉSUMONS MAINTENANT EN QUELQUES MOTS LES PRINCIPAUX CARACTÈRES CLINIQUES DE CE GROUPE DE DERMATOSES.

1° Début brusque, subit après le choc moral, l'ébranlement nerveux ;

2° Lorsque la dermatose ne succède pas immédiatement à l'ébranlement nerveux, on voit survenir une série de troubles nerveux divers, en particulier de phénomènes de névrose cutanée (prurit, névralgies, etc.), qui annoncent pour ainsi dire l'éruption pendant quelques jours, qui séparent la cause occasionnelle de l'effet, le choc moral de l'affection cutanée ;

3° Apparition rapide. L'apparition des lésions élémentaires est très rapide, elle se fait d'un seul jet, au lieu de se faire par poussées successives ;

4° Siège superficiel. Ces dermatoses sont, en général, superficielles ; elles atteignent à peine la partie supérieure du derme. Ce sont surtout des dermatoses vaso-motrices (urticaire, erythèmes, purpuras), catarrhales (eczéma, psoriasis, pemphigus, herpès), pigmentaires (vitiligo, canitie) ;

5° Prurit excessif. Ces dermatoses sont, en général, excessivement prurigineuses et accompagnées de douleurs névralgiques, de picotements, d'élançements, en un mot de différents phénomènes de névrose cutanée ;

6° Durée relativement courte ;

7° On les observe surtout chez les femmes.

DEUX FACTEURS PRÉDISPOSENT À CES DERMATOSES, car tout le monde n'a pas une dermatose à la suite d'un choc moral.

1° L'état nerveux et impressionnable du sujet ;

2° La prédisposition à la dermatose.

Ces deux facteurs existant, le choc moral produira fréquemment l'éruption chez ce prédisposé.

DE LA CONNAISSANCE DE CES CARACTÈRES DÉCOULE NOTRE THÉRAPEUTIQUE.

1^o Le traitement devra être avant tout préventif, c'est-à-dire que le patient devra redouter tout ce qui pourra faire vibrer son système nerveux. Il évitera avec soin les fatigues, les excès de quelque nature qu'ils soient, l'alcool, etc. On calmera le système nerveux par une bonne hygiène, de l'exercice, par les promenades au grand air. Le malade prendra une nourriture tonique, mais non excitante. Il devra se coucher tôt, se lever tôt. Il évitera avec soin de prendre du thé, du café. On pourra employer les sédatifs du système nerveux, l'arsenic, le bromure, les douches, qui ont une si heureuse influence sur les sujets nerveux, et qui en auront aussi dans ces éruptions.

2^o La dermatose éclatée, son traitement variera suivant la variété éruptive à laquelle on aura à faire ; mais dans le traitement interne et hygiénique, on n'oubliera pas les sédatifs nerveux. On se souviendra aussi qu'une émotion morale, une cause quelconque pouvant faire vibrer le système nerveux sera souvent l'occasion d'une poussée nouvelle.

En un mot il faut, je vous le répète, *traiter la névrose*, car ces dermatoses par choc moral ne sont pas des maladies de peau, ce sont des *névroses tégumentaires accompagnées d'éruptions*.

Dans ces dermatoses consécutives à des chocs nerveux, le microscope n'a pas trouvé de lésion nerveuse visible anatomiquement. Elles rentrent dans le groupe des dermatoneuroses *sine materia*, dermatoses dues à des troubles dans le fonctionnement du système nerveux, troubles du fonctionnement survenant brusquement. Elles se rangent à côté des dermatoses survenant dans le cours des folies, psychoses, de l'hystérie et des émotions morales de longue durée, lesquelles constituent un groupe voisin.

Vous voyez, d'ailleurs, quelle est la place qu'elles occupent dans mon tableau des affections cutanées d'origine nerveuse.

II

CHANCRES INDURÉS MULTIPLES

CONTRIBUTION A LA SOLUTION DE LA QUESTION : « QUAND LA SYPHILIS
DEVIENT-ELLE CONSTITUTIONNELLE ? »

Par le Dr **Alex. HASLUND**,
médecin en chef à l'hôpital municipal de Copenhague.

On sait que Ricord, dès ses premiers cours, a appelé l'attention sur ce fait, que le chancre induré, la sclérose primaire fait son apparition isolément chez l'individu affecté de syphilis. Et pourtant il n'est pas du tout rare de rencontrer simultanément plusieurs ulcères indurés chez un malade, et l'on a cherché à expliquer ce phénomène par la présence simultanée de plusieurs solutions continues, qui seraient toutes venues en contact avec le poison syphilitique et en auraient été infectées.

Or, d'après la doctrine Bœrensprung-Ricordienne, on ne peut croire possible la transmission des sécrétions d'une plaie existante à d'autres solutions de continuité apparaissant plus tard dans le voisinage, attendu que l'organisme est infecté *in toto* dès que le chancre induré fait son apparition ; le chancre étant précisément le premier signe de la syphilis constitutionnelle, et une nouvelle inoculation étant, à partir de ce moment, impossible. Plusieurs des ulcères indurés existant chez le même individu doivent donc, d'après cette doctrine, dater exactement de la même époque.

Cette doctrine, qui prévalait encore en Allemagne, pour ainsi dire exclusivement, il y a quelques années, et qui prévaut encore en partie en France, a été, dans les derniers temps, tellement battue en brèche, soit par des expériences, soit par des observations cliniques, qu'on peut espérer que ses jours sont comptés. Comme base de notre conception de la genèse de l'infection syphilitique, il faut bien qu'elle ait maintenant vécu son temps.

Ce qui a surtout contribué à donner le coup de grâce à cette doctrine, ce sont les essais faits au moyen de la méthode abortive de traitement de la syphilis et les résultats qu'on a obtenus de l'inoculation de la sécrétion chancreuse à l'individu même. Parmi les méthodes abortives de traitement, il n'y a que la cautérisation et l'excision qui aient quelque importance. Admettons que ces essais, dans la plupart, disons

même dans la grande majorité des cas, ont eu des résultats négatifs, et que l'individu n'a pas échappé à la syphilis; il reste, néanmoins, tant de cas rapportés par des critiques véridiques, que le plus grand sceptique même ne peut les invalider, ni les écarter par des subterfuges.

L'argument contraire qu'on entend toujours dans cette discussion, à savoir qu'il y a des chancres indurés non suivis de syphilis, est, sans doute, très vrai, et tout syphilidologue ayant quelque expérience pratique a bien parfois observé un de ces cas où un chancre, présentant tous les signes cliniques de sclérose typique, n'a pas été, pendant bien des années, suivi de syphilis constitutionnelle; mais d'abord, il reste toujours cette question : Ne pourrait-il, pourtant, apparaître plus tard des symptômes tardifs ? Et puis, ces cas sont si exceptionnels, qu'il s'en faut de beaucoup que leur nombre puisse être mis en parallèle avec celui des cas bien constatés d'excisions ou de cautérisations suivies de succès.

Ensuite, on met en doute que ce soient réellement de véritables indurations ou chancres indurés qu'on a extirpés ? A ceci il n'y a qu'une réponse : Quand des hommes comme Pick et Auspitz entre autres, dont l'habileté clinique et le talent de diagnostic ne peuvent guère sérieusement être révoqués en doute, se trouvent au nombre de ceux qui ont fait cette opération et ont obtenu d'heureux résultats de cette méthode, une telle objection est de nulle valeur. Enfin, l'on objecte qu'il est impossible de constater l'induration à une période aussi peu avancée de l'évolution de la plaie, où l'on devrait extirper le chancre avec chance d'obtenir un heureux résultat. Il est certain que si l'on veut exciser, il faut, pour couper le mal, que cette opération se fasse très tôt; mais il n'est pas vrai qu'on ne puisse, à une période aussi peu avancée, au point de vue clinique, diagnostiquer la sclérose, attendu qu'il y a des ulcères qui sont pour ainsi dire, dès le début, évidemment indurés. D'un autre côté, il y a, naturellement, aussi des plaies, et c'est ce qui arrive peut-être dans la grande majorité des cas où l'induration ne se développe que plus tard pendant l'évolution, dans quelques cas isolés même, après la cicatrisation, dans la cicatrice.

J'ai moi-même pratiqué bon nombre d'extirpations dans un but abortif, et j'espère trouver bientôt l'occasion d'en présenter les résultats au public. Ce qu'il importe, c'est de faire l'opération à une période très peu avancée, comme il est dit ci-dessus (laquelle ne peut encore être précisée), et d'exciser bien au delà de la plaie, dans les parties saines environnantes. Une des causes auxquelles il faut attribuer les résultats malheureux obtenus par tant d'auteurs, c'est assurément qu'ils n'ont pas fait preuve d'assez de discernement dans le choix de leurs matériaux. On doit donc, de prime abord, considérer comme passablement irrationnel d'extirper un chancre qui date déjà de trois à quatre semaines,

avec l'espoir d'empêcher, par ce moyen, la syphilis constitutionnelle.

Si nous considérons maintenant les résultats des inoculations de la plaie indurée à l'individu lui-même, il existe, dans la littérature, des rapports incontestables de résultats positifs de *Wallace*, *Puche*, *Auspitz*, *Bidenkap* et *Pontoppidan*. Les expériences de ce dernier auteur ont été faites dans mon service, à l'hôpital municipal de Copenhague; j'en ai été témoin oculaire et j'ai pu les suivre dans tout leur cours. Je puis donc en attester l'exactitude, ainsi que la description et l'interprétation des phénomènes que nous donne l'auteur (1). J'ai moi-même fait plusieurs inoculations de cette sorte, mais qui n'ont point été publiées.

Il ressort de ces expériences, qu'il est hors de doute qu'il y a une période (il n'est pas non plus possible de la déterminer, il semble qu'il ne soit ici question que de jours) après l'apparition d'un chancre induré où il est possible, au moyen de l'inoculation sur le même individu, de produire d'autres ulcères indurés ou papules indurées. Ces indurations n'atteignent jamais les mêmes dimensions que la primaire, mais elles font leur évolution avec elle, c'est-à-dire que leur évolution tient pied à celle de la primaire. Étant plus petites, elles disparaissent, en général, un peu plus vite qu'elle; mais elles en sont complètement indépendantes quant à l'évolution de l'efflorescence maculeuse ou papuleuse qui survient plus tard, et subsistent souvent comme indurations nettement développées, longtemps après que celle-ci a disparu.

Il ressort donc de ceci que la doctrine qui voudrait faire du chancre induré le signe de l'infection totale de l'organisme repose sur un raisonnement erroné et des observations cliniques défectueuses. Il faut croire que le développement de la syphilis a lieu de la manière suivante: *Le poison est déposé sur un certain point de la peau ou des muqueuses; là il se fait alors une opération locale qui, au point de vue clinique, amène le chancre induré, qui ne doit être regardé que comme le foyer d'où se répand l'infection générale.*

Ainsi donc, tant que le chancre induré n'est qu'un produit pathologique local, il est possible, au moyen de l'excision ou de la cautérisation, d'empêcher l'absorption du poison (ou l'entrée des bacilles) dans tout l'organisme. Dans cette période, il est possible aussi de produire chez l'individu lui-même de nouvelles indurations au moyen de l'inoculation.

Il n'est pas nécessaire que plusieurs plaies indurées existant simultanément aient absolument le même âge, comme on le croyait naguère encore. L'auto-inoculation de la plaie primaire aux solutions de continuité plus ou moins voisines est possible pendant un certain temps.

(1) *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1883, p. 193.

A l'appui de cette doctrine, je me permettrai de présenter quelques observations cliniques où j'ai pu constater le développement de deux ou plusieurs chancres indurés qui se manifestèrent chez le même individu. Quand de telles observations cliniques concordent à un si haut degré avec les expériences précédentes comme dans ces cas-ci, elles fournissent la preuve la plus irréfragable de la justesse de la théorie.

OBSERVATION I.

A. T..., 24 ans, ingénieur. Dernier coït, 1^{er} janvier 1881; l'avant-dernier, un mois auparavant. Le 15 janvier, il découvrit une ulcération sur le prépuce; au premier examen, le lendemain, on trouva au bord du prépuce, près du frein, une ulcération ronde, superficielle, de la dimension d'un pois, avec une sécrétion peu abondante; pas d'induration; pas d'engorgement ganglionnaire. Le 21 janvier, l'ulcère était beaucoup plus grand et nettement induré; dans la région inguinale droite, il y avait une glande de la grosseur d'une amande, sensible au toucher. Le 23 janvier, l'ulcère fut extirpé. La plaie se cicatrisa *per primam*, à l'exception d'un des coins de la plaie, où une suture s'était ulcérée et où il survint une ulcération avec suppuration abondante. Le 2 février, cette ulcération s'indura et, quelques jours après, on trouva une petite ulcération à l'orifice de l'urèthre, laquelle s'agrandit considérablement et s'indura nettement. Le ganglion tuméfié qui, après l'opération, avait un peu diminué et était devenu immédiatement indolent pendant l'alitement, augmenta de nouveau de volume, et un engorgement ganglionnaire apparut dans l'autre aine. Environ quatre semaines plus tard, il survint une abondante syphilide maculeuse.

OBSERVATION II.

H. H..., 29 ans. Cand. polyt. Il fait remonter le coït infectieux à treize jours, mais ne nie pas que l'infection n'ait pu avoir lieu avant cette date. Trois jours après le coït susmentionné, il découvrit, sur le frein, une petite écorchure que je trouvai, la première fois qu'il se présenta à moi, le 30 mai 1884, comme une excoriation resserrée, oblongue, d'environ 1 centimètre, avec peu de sécrétion et très peu d'injection environnante, sans trace d'infiltration au fond. Légère inflammation ganglionnaire dans l'aine droite. La plaie fut cautérisée avec une solution d'acide chromique et pansée avec une solution de chlorure de chaux.

Le 4 juin, la plaie s'était considérablement augmentée et nettement indurée.

Le 6 juin, on trouva, outre l'ulcère ci-dessus mentionné du frein, deux érosions superficielles, l'une sur la lame interne du prépuce, à droite de la ligne médiane; l'autre dans le sillon coronaire, à gauche, au voisinage du frein.

Toutes les plaies furent pansées avec la pommade iodoformée.

Le 9 juin, les deux ulcères survenus les derniers s'étaient considérablement étendus, et l'un d'eux s'était induré. On constate un nouvel ulcère à peu près au milieu du sillon balano-préputial.

Le 13 juin, les quatre ulcères ont maintenant le même aspect, superficiels, avec peu de sécrétions, nettement indurés; la dimension du plus grand, excédant un peu celle d'une pièce de 1 centime. Les ganglions des deux aines, tuméfiés, indolents, sont très typiques à droite. Sur la lame interne du pré-

puce, on trouve aujourd'hui quelques taches rouges, de la dimension d'un pois, un peu bombées, infiltrées; l'épiderme seul est intact.

Le 19 juin, il y avait, en tout, 11 ulcères indurés, situés comme suit : 4 sur le frein, 2 sur le gland, 2 dans le sillon coronaire, 4 sur la face interne du prépuce, 2 sur la face externe; leurs dimensions variaient de celle d'un pois environ, à une pièce de 50 centimes, et avaient l'aspect caractéristique du chancre induré typique. Les glandes inguinales sont dans le même état qu'au dernier examen; du reste, pas de tumeurs de glande sur aucune autre partie du corps; l'état général de la santé n'est pas troublé. On ordonna alors l'emplâtre hydrargyrique.

Le 20 juillet, après plusieurs jours de prodromes sous forme de céphalalgie, de légère fièvre, on voit une très abondante syphilide maculeuse. Plusieurs des ulcères sont cicatrisés, laissant une induration nettement développée; les autres, à la veille de se cicatriser. On trouve maintenant les glandes cervicales et cubitales tuméfiées.

Après 50 frictions, les accidents avaient disparu, à l'exception d'une légère inflammation des glandes inguinales et cervicales. Nulles traces d'induration.

Au commencement de décembre de l'année dernière, il est survenu une syphilide très étendue, maculeuse, en partie circulaire, et des papules dans la cavité buccale et le gosier. Ces accidents avaient complètement disparu après 30 frictions.

Dans le courant de l'année suivante, il a eu quelques légères récidives, et l'année dernière il a été, pour ainsi dire, complètement exempt de symptômes.

OBSERVATION III.

H. K..., 27 ans, épicier, se présenta à moi la première fois le 27 juillet 1886. Il avait alors à gauche, dans le sillon coronaire, un ulcère de la dimension d'un pois, nettement induré. À l'aîne gauche, une tumeur ganglionnaire très dure, insensible, de la grosseur d'une amande.

Le 29 juillet, il était survenu un ulcère un peu plus grand qu'un pois sur la lame interne du prépuce, superficiel, avec peu de sécrétion et nettement induré. La première plaie restait dans le même état.

Au bout de quelques jours, la plaie du prépuce s'était élargie, et était à peu près de la dimension d'une pièce de 50 centimes; ici l'induration était, comme dans celle du sillon coronaire, très développée. Il vint aussi des tumeurs ganglionnaires à l'aîne droite, aux coudes et au cou, et le 27 août, après des prodromes, il était survenu une efflorescence typique de taches, de l'étendue d'un pois, sur le bas-ventre et à la face interne des extrémités supérieures.

Il fut impossible de préciser la date où le coït infectant avait eu lieu, ni depuis combien de jours le premier ulcère existait, la première fois qu'il se présenta à moi.

OBSERVATION IV.

S. Ch..., 25 ans, lieutenant. La première fois que je vis le malade, le 5 novembre 1886, il avait un ulcère de l'étendue d'un pois, nettement induré, au sillon coronaire, un peu à gauche de la ligne médiane. D'après son dire, la plaie datait de trois jours. Il ne pouvait se rappeler combien de jours après le coït elle était survenue.

Le 2 novembre, il était venu, à droite de la ligne médiane, un ulcère de la dimension d'un pois, induré aussi, sur la lame interne du sillon coronaire.

On trouva aussi une petite tumeur ganglionnaire, sensible au toucher, de la grosseur d'une noix, dans l'aîne droite.

Les plaies s'élargirent lentement et atteignirent à peu près la dimension d'une pièce de 1 centime; la sensibilité de la glande diminua; elle devint très dure et beaucoup plus grosse; il survint une tumeur (indolente) des glandes dans l'autre aîne et au cou, et, après des prodromes assez violents, on découvrit, le 16 décembre, une efflorescence papuleuse sur le tronc. Les deux ulcères étaient alors cicatrisés, mais laissant des indurations cartilagineuses nettement développées.

OBSERVATION V.

J.-M.-L. R..., 18 ans, servante, entrée à l'hôpital communal le 4 octobre 1886. Pas d'affections antérieures des parties génitales. Elle remarqua, il y a quinze jours, une certaine sensibilité des parties génitales et de la strangurie. Il se trouve maintenant sur la grande lèvre droite deux ulcères de la dimension d'une pièce de 1 centime, un peu bombés, avec peu de sécrétion, mais nettement indurés, et à la commissure postérieure et au périnée, à gauche du raphé, se trouvent deux ulcères moindres, indurés aussi, et du même aspect que les autres. Il y a écoulement purulent de l'urèthre et des deux glandes bartholines; le vagin et le col de l'utérus sains. Aux deux aînes il y a des glandes tuméfiées, indolentes, très typiques à droite; pas de signe de syphilis. Le 9 octobre, on nota que l'aspect des quatre ulcères n'avait pas changé, mais qu'il en était survenu un cinquième sur la face interne de la petite lèvre gauche; il était à peu près de la grandeur d'une pièce de 1 centime, et ressemblait parfaitement aux autres, quant à l'aspect et à l'induration.

Le 28 octobre, il était survenu une efflorescence maculeuse sur le tronc et les extrémités.

Il semble donc que la seule divergence entre les faits cliniques et les expériences de l'inoculation est que le temps dans lequel l'auto-inoculation spontanée est possible est, apparemment, plus long que ne l'ont démontré les expériences; il est possible que cette différence provienne de ce que le nombre des inoculations expérimentales réussies est encore si restreint, qu'on ne peut se faire une idée bien arrêtée sur la limite du temps à cet égard.

Un fait intéressant, sur lequel je ne puis omettre d'appeler l'attention, c'est que le développement initial de l'inflammation primaire des ganglions n'exclut nullement l'apparition possible de nouveaux chancres, comme on peut le voir par la plupart de mes observations.

DES MALADIES VÉNÉRIENNES CHEZ LES HÉBREUX A L'ÉPOQUE BIBLIQUE

Par le Dr **P. HAMONIC**, ancien interne des hôpitaux,
Ancien aide d'anatomie à la Faculté.

(Suite et fin) (1).

Sixième plaie d'Égypte.

« Et le Seigneur dit à Moïse (2) et à Aaron : Prenez plein vos poings de cendres de fourneau et que Moïse les épande vers le ciel en la présence de Pharaon.

« Et sera poussière sur toute la terre d'Égypte; et *ulcères* et *vessies enflées* viendront sur les hommes et les bêtes par tout le pays d'Égypte.

« Ils prirent donc de la cendre de fourneau et assistèrent en la présence de Pharaon; et Moïse les épandit vers le ciel: dont il y vint des *rongnes* de *vessies enflées* tant aux hommes qu'aux bêtes.

« Ainsi les devins ne purent comparoir devant Moïse à cause de la rongne qui était sur eux et sur toute la terre d'Égypte (3). »

L'invasion subite et la disparition spontanée de ce fléau dont on ne trouve pas d'autre mention dans la Bible prouvent déjà qu'il ne s'agissait pas là, quoi qu'on en ait dit, de la syphilis.

Mais ce qui me fait récusar absolument ce diagnostic, c'est l'extension de l'épidémie à tous les animaux domestiques. S'il est certain que le singe puisse contracter cette affection dans certaines circonstances *expérimentales* (4); s'il est probable que la *dourine* du cheval ne soit qu'une variété de syphilis, il n'en reste pas moins vrai que les animaux domestiques, tels que le chien, le bœuf, le mouton, la chèvre, etc., sont réfractaires à la vérole.

Du reste, la description de la lésion de la sixième plaie est caractéristique.

Elle consistait en *vessies enflées* (bulles ou pustules) se développant sur tout le corps et donnant lieu à des *rongnes* ou érosions ulcéraives suppurantes et se recouvrant de croûtes.

Était-ce là du pemphigus, du rupia, de l'ecthyma? Faut-il admettre une épidémie furonculaire ou variolueuse? Je ne saurais l'affirmer.

Mais je regarde comme certain que cette affection cutanée s'est développée à la suite d'une violente perturbation atmosphérique, peut-être d'un déchaînement du vent du désert, qui répandit sur tout le pays d'Égypte, avec des nuages de poussière, un poison épidémique spécial.

(1) Voir le numéro du 25 novembre 1886.

(2) *Exode*, ch. IX, v. 8, 9, 10.

(3) Texte des théologiens de Louvain.

(4) MARTINEAU et HAMONIC, *Soc. méd. des Hop.*, 1882 et 1883.

Rien dans les textes hébreux n'indique que la sixième plaie ait eu une origine génitale.

Ne serait-ce pas là une affection cutanée, microbienne, analogue au *bouton d'Alep* ou au *bouton de Biskra*, s'étant diffusée avec une intensité et une rapidité effrayantes, grâce à la marche anormale des courants aériens ?

Peut-être même le contact direct du sable du désert avec la peau provoquait une irritation locale qui, en dehors du génie épidémique, favorisait beaucoup la manifestation morbide. Quant à la syphilis, tout me fait la récusar formellement.

Plaie de Baal Péor.

D'après M. Rollet, cette maladie n'a pas été la syphilis. Ce savant syphilographe fonde son opinion sur ce que « les symptômes en sont inconnus ». De plus, cette affection « cessa complètement dès que furent prises les précautions d'extermination adoptées pour la combattre ».

Je ne puis, pour ma part, m'associer à ces conclusions, dont la dernière est inexacte.

De ce qu'on ne connaît pas les symptômes d'une maladie, on ne peut conclure qu'elle n'existait pas autrefois.

Quant à la disparition de la plaie dont il s'agit, après l'exécution terrible qu'ordonna Moïse, la Bible nous fournit la preuve du contraire. Non seulement elle ne s'éteignit pas, mais encore elle s'enracina dans Israël, et nous en trouvons, des siècles plus tard, des mentions dans les livres de Josué et d'Osée. Parmi elles, une surtout est à citer :

« N'était-ce pas assez d'avoir adoré Baal Péor, qui a été la cause du fléau qui a atteint la famille de Jehova, et dont nous ne sommes pas encore purifiés (1). »

Le texte est, on le voit, on ne peut plus catégorique.

« Je trouvai Israël, s'écrie Osée, comme les raisins dans le désert. J'ai connu vos frères comme les figues à leur premier temps. Mais ils se sont tournés vers Baal Péor. Ils se sont voués à l'idole abominable, et ils sont devenus affreux comme leur vice libidineux (2). »

Je pourrais, si je voulais, multiplier les citations qui se rapportent à la même maladie.

En voici une qui, quoique discutable, est fort intéressante :

« L'aspect de leur visage témoigne contre eux, et comme Sodome, ils publient leur crime sans dissimuler. Malheur à leur âme, car ils se préparent des maux... Le Seigneur rendra chauve le sommet de la tête des filles de Sion, l'Éternel découvrira leur nudité... Au lieu de leur parfum, il y aura de l'infection... au lieu de cheveux bouclés, une tête chauve... une marque flétrissante au lieu de beauté... etc. (3). »

Je ne veux tirer de ces versets aucune conclusion. Je ferai remarquer seulement que l'*alopécie* y est nettement signalée comme conséquence de la débauche.

La plaie de Baal Péor eut pour origine une contamination génitale.

Voici, du reste, la légende biblique (4) :

(1) *Josué*, ch. XXII, v. 17.

(2) *Osée*, ch. IX, v. 10.

(3) *Isaïe*, ch. III, v. 9, 17, 24.

(4) *Nombres*, ch. XXII et suivants

Les Hébreux arrivèrent dans les plaines de Moab, au delà du Jourdain, vis-à-vis de Jéricho.

Balak, fils de Tsippor et roi du pays, effrayé de cet envahissement, réunit les anciens en conseil pour prendre une détermination. On résolut de mander le fameux devin Balaam, fils de Beor, qui demeurait à Pethor sur l'Euphrate. Ce personnage possédait une grande puissance morale, paraît-il, puisque tout « ce qu'il bénissait était béni, et ce qu'il maudissait était maudit ».

Balak fit promettre des présents à Balaam pour vaincre sa résistance, car le devin, sur l'ordre de l'Éternel, refusait de se déplacer. A la fin, cependant, il se décida à partir, Jéhova le lui commandant. Il monta sur son ânesse et se mit en route.

Mais aussitôt « la colère de Dieu s'enflamma (1) ». Et un ange vint barrer le chemin au devin. L'ânesse se cabra. Balaam la frappa. Et l'animal, prenant la parole, lui fit observer qu'une puissance supérieure s'opposait à sa progression en avant.

Balaam aperçut alors l'ange qui lui ordonna de ne dire à Balak que ce qu'il lui commanderait. Il lui fit la leçon et le laissa passer.

Le devin, arrivé auprès du roi de Moab, au lieu de maudire Israël, le bénit, suivant l'ordre donné par l'ange et au grand désappointement de Balak.

Le malin Balaam apprit cependant à ce dernier la manière de conduire les Juifs à leur perte, ainsi qu'il ressort surtout de ce passage de l'Apocalypse :

« J'ai quelque chose à vous reprocher ; c'est que vous avez parmi vous des hommes qui suivent la doctrine de Balaam, lequel enseignait à Balak le moyen de faire manger aux enfants d'Israël de ce qui avait été offert aux idoles et de les faire tomber dans la fornication (2). »

Ces perfides conseils furent suivis, et Balak ne manqua pas d'exciter les filles de Moab, prostituées, fort belles, à aller se livrer à Israël. La plupart, sinon toutes, étaient malades. Le peuple juif tomba dans le piège, et une terrible épidémie le décima.

« Israël demeurait à Sittim, où bientôt il commença à se livrer à la débauche avec les filles de Moab. Elles invitaient le peuple aux sacrifices offerts à leurs dieux, et celui-ci mangeait avec elles et adorait les mêmes dieux, et Israël s'attacha à Baal Péor. »

La colère de Jéhova s'appesantit sur le peuple. « Que chacun des chefs du peuple, ordonna-t-il à Moïse, afin de calmer mon courroux, sacrifie ceux de ses gens qui se sont attachés à Baal Péor. »

Pinéas, fils d'Eléasar, transperça le premier d'un coup de lance Simri, fils de Salus, et Casbi, fille de Zur, enlacés dans les embrassements amoureux.

Vingt-quatre mille hommes furent passés par les armes.

Moïse ne s'arrêta pas là. Il s'avança contre le peuple des Médiannites, qui était un des foyers du terrible fléau. Les Hébreux firent prisonniers les femmes, s'emparèrent des troupeaux et tuèrent les hommes. « Et maintenant, dit alors Moïse, tuez tous les enfants du sexe masculin et toutes les femmes qui ont connu un homme... vous laisserez vivre les enfants du sexe féminin qui ne connaissent pas les hommes par le coït... (3) »

Telle est en résumé cette terrible aventure.

La plaie de Baal Péor fut indubitablement d'origine génitale. Elle était

(1) *Nombres*, ch. XXII, v. 22.

(2) *Apocalypse*, ch. II, v. 14.

(3) *Nombres*, ch. XXV et ch. XXXI.

éminemment contagieuse. Au dire de Joseph (1), elle se communiquait même de parent à parent, en dehors de l'acte du coït. Cette opinion, qui a paru singulière, je me l'explique en admettant la contamination directe par le baiser ou l'usage des objets divers, des ustensiles employés par les divers membres d'une même famille.

Beaucoup de victimes du fléau succombèrent. L'épidémie dut offrir une gravité exceptionnelle, puisque Moïse, pour la supprimer radicalement, ordonna une des plus épouvantables exécutions dont il soit fait mention dans l'histoire. Et malgré cela la maladie s'enracina dans le peuple d'Israël, ainsi que je l'ai montré plus haut.

Je récuse l'opinion qui admet que les 24,000 victimes moururent de maladie. Le texte est formel. Ce sont les soldats de Moïse qui les sacrifièrent sur l'ordre de leur maître.

Demandons-nous ce qu'était la plaie de Baal Péor.

Tout d'abord il faut mettre de côté la lèpre. Moïse en connaissait très bien le pronostic. Il en avait été atteint lui-même (2).

Ce n'était ni la blennorrhagie ni la balanoposthite, ni l'herpès génital, ni même le chancre mou.

Ces diverses lésions, sauf la dernière, fréquentes à cette époque, ainsi que je l'ai dit en parlant de la circoncision, étaient pour ainsi dire classiques. Elles n'auraient certainement pas effrayé Moïse au point de lui faire prendre une détermination aussi radicale, même si elles s'étaient multipliées, grâce à des excès de coït ou à la malpropreté. Du reste elles ne se seraient pas éternisées dans Israël.

Le mal de Baal Péor a été quelque chose de plus intense, de plus violent, de plus dangereux pour la santé publique; et quoique la Bible n'en indique pas les symptômes cliniques, il est évident que cette maladie constituait un grave danger social que Moïse a essayé d'éviter par tous les moyens possibles. Certainement ce législateur était trop bon observateur des choses de la nature pour commettre une grossière erreur de diagnostic entre les affections existant déjà dans son peuple et la nouvelle plaie.

La conclusion fatale de tout ce qui précède est que le fléau de Baal Péor fut la syphilis.

Voir autre chose dans cette maladie génitale, vénérienne, contagieuse directement et d'une gravité exceptionnelle, et admettre que c'était là une affection qui a disparu sans laisser de trace, me semble une hypothèse bien insoutenable. Après son explosion subite relatée dans la bible, cette singulière entité morbide, malgré ses caractères non douteux de contagiosité, se serait éteinte spontanément.

Franchement, cette série de suppositions est autrement invraisemblable que l'opinion que je soutiens.

Maladie de Saraï (ou Sara).

Abram (3) (qui plus tard prit le nom d'Abraham) se trouvait entre Bethel et Aï, lorsque éclata la famine qui le chassa de ce pays.

(1) *Antiquit. judaïc.*, liv. IV, ch. vi.

(2) *Exode*, ch. IV, v. 6.

(3) *Genèse*, ch. XII, v. 10 et suivants.

« Il descendit en Égypte, pour habiter là un temps comme étranger; car il y avait une grande famine en la terre.

« Et comme il approchait pour venir en Égypte, il dit à Saraï, sa femme : Je connais que tu es belle femme à voir.

« Et pourtant, quand les Égyptiens te verront, ils diront : c'est sa femme, et me tueront et te garderont.

« Dis donc, je te prie, que tu es ma sœur, afin qu'à l'occasion de toi il me soit bien fait et que, par ton moyen, ma vie soit préservée. »

Singulière prière de la part d'un patriarche ! Mais à cette époque, la condition sociale de la femme était tellement voisine de la servilité, que la demande d'Abram n'offrait rien d'étonnant.

« Or advint, comme Abram entra en Égypte, que les Égyptiens virent cette femme qui était fort belle.

« Les princes de Pharaon la virent et la louèrent envers lui. Elle fut transportée en la maison de Pharaon.

« Lequel fit du bien à Abram, à raison d'elle, et celui-ci eut brebis, bœufs, ânes, serviteurs, servantes, ânesses et chameaux. »

Ce qui prouve que ce n'est pas d'aujourd'hui que la femme joue un rôle prépondérant dans la destinée de bien des hommes.

« Mais le Seigneur frappa Pharaon de grandes plaies et sa maison, à cause de Saraï, femme d'Abram (1). »

On le voit, Pharaon enleva Saraï pour satisfaire sa passion amoureuse. La plaie dont il fut atteint eut pour cause certaine le coit pratiqué avec elle.

Il est vrai que la bible ne mentionne pas qu'Abraham ait été malade. Est-ce là une lacune ? Ou bien le patriarche ne fréquentait-il pas sa femme, la sachant contagionnée ? C'est ce que je ne saurais décider.

Saraï ne présentait certainement pas des garanties morales bien grandes. On dirait en lisant la bible qu'elle obéissait sans remords aux ordres d'Abraham. Son insouciance à ce point de vue fait songer au proverbe de Salomon :

« Il y a trois choses qui sont au-dessus de ma portée et même quatre que je ne puis comprendre : la trace de l'aigle dans l'azur, celle du serpent sur la roche, la trace du navire sur la mer et la trace de l'homme chez la jeune femme. Telle est aussi la voie de la femme adultère : Elle mange et s'essuie la bouche, puis elle dit : Je n'ai point fait de mal (2). »

Saraï infecta toute la suite de Pharaon, ainsi qu'il ressort clairement du texte biblique. On peut même supposer que, saine jusqu'à son arrivée en Égypte, elle fut d'abord connue par un des officiers du roi qui l'enlevèrent pour l'offrir à leur maître. Peut-être fut-elle infectée par cet homme.

« Pharaon appela Abram et lui dit : Quelle chose m'as-tu fait ? Que ne m'as-tu averti que c'était ta femme ?

« Pourquoi as-tu dit qu'elle était ta sœur, afin que je la prisse pour femme ? Maintenant voici ta femme ; prend-la et va-t-en. »

« Il commanda à ses hommes touchant Abram, et ils le menèrent hors et sa femme et tout ce qui lui appartenait. »

Pharaon se conduisit en vrai gentilhomme.

Mais que devint cet infortuné ? Comment évolua sa maladie ?

La bible reste malheureusement muette là-dessus. Elle l'abandonne pour suivre son héros Abram, qui remonte l'Égypte et regagne Canaan en possession d'une belle fortune.

(1) *Genèse*, ch. XII, v. 17.

(2) *Proverbes*, ch. XXX, v. 18, 19, 20.

Longtemps après, Abram, qui s'appelait alors Abraham, renouvela l'aventure précédente dans tous ses détails.

Il s'établit entre Kadès et Schur et séjourna à Guérar. Il disait de Sara (qui portait le nom de Sara à cette époque) : C'est ma sœur. Or Abimelec, roi de Guérar, la fit enlever pour la posséder. Mais Dieu lui apparut en songe et lui annonça qu'il allait mourir à cause de cette femme. Abimelec, quoique ne s'étant pas approché d'elle (ce qui est douteux), s'empressa de la restituer à son mari (1). Il combla Abraham de présents ainsi que Sara afin d'apaiser la colère céleste (2). Il n'en fut pas moins atteint d'une maladie qu'il transmit à sa propre femme et à ses servantes. On sait qu'à cette période le maître de la maison avait de fréquents rapports génitaux avec les femmes de son entourage, qui étaient ses concubines.

« Abraham pria l'éternel et celui-ci guérit Abimelec, ainsi que sa femme et ses servantes, et elles purent enfanter. Car l'Éternel avait frappé de stérilité toute la maison d'Abimelec à cause de Sara, femme d'Abraham (3). »

Le contact de Sara était donc éminemment dangereux. Abraham le savait-il et en profitait-il pour s'enrichir en laissant croire à ses victimes que Dieu punissait à cause de lui ?

Chose remarquable, son fils Isaac imita la conduite de son père en Gérar vis-à-vis d'Abimelec. Mais cette fois, celui-ci comprit que Rebecca, sur laquelle il avait jeté les yeux, était la femme d'Isaac et non sa sœur, ainsi que ce dernier le lui avait affirmé, et non seulement il respecta cette femme, mais il ordonna qu'on la laissât à son mari.

Remarquons que Sara fut stérile pendant une partie de sa vie. On sait que, pour avoir un enfant, Abraham fut obligé d'aller vers Agar, si brutalement chassée plus tard dans le désert.

La syphilis, on ne l'ignore pas, est une des causes les plus fréquentes de l'infécondité, de l'avortement et de la mortalité des nouveau-nés.

Fait à noter, la femme d'Abimelec et toutes ses servantes furent frappées de stérilité.

Sara ne devint elle-même enceinte que dans un âge très avancé.

Je me résume. Sara contamina Pharaon et toute sa maison, et plus tard Abimelec, qui transmit la maladie à ses femmes et à ses concubines. Sara fut stérile une partie de sa vie, de même que les femmes contagionnées par Abimelec. L'affection transmise par Sara fut toujours d'origine génitale.

En raison de sa grande transmissibilité, de sa très longue période de virulence et des rapports qui semblent exister entre elle et la stérilité, il est rationnellement permis de supposer qu'il s'agissait là de la syphilis.

Elle s'éteignit avec l'âge chez Sara, qui devint enceinte, tardivement, ce qui prouve bien que la stérilité de cette dernière n'était pas due à une cause organique.

Hors la syphilis, on ne voit pas d'autre maladie d'origine génitale qui puisse cadrer avec les faits précédents. A moins qu'il ne se soit agi là d'une affection spéciale disparue de la pathologie et inconnue de nos jours, ce qui est difficilement admissible.

Maladie du roi David.

« Un soir David se leva de sa couche, et comme il se promenait sur le

(1) *Genèse*, ch. XX, v. 1 et suiv.

(2) *Id.* *id.*, v. 16.

(3) *Id.* *id.*, v. 17, 18.

toit de sa maison (c'était probablement un toit en terrasse), il aperçut une femme qui se lavait, et qui était fort belle. Le roi demanda qui elle était, et on lui dit que c'était Bath-Schéba, fille d'Éliam, femme d'Urie le Hethien. Et David envoya des gens pour la chercher. Elle vint vers lui et il coucha avec elle. Après s'être purifiée de sa souillure, elle retourna dans sa maison (1).»

Cette femme devint enceinte. David, qui en était fort épris, jugea à propos de se débarrasser du mari incommode. Il donna à celui-ci pour Joab, un de ses généraux en expédition, une lettre où il ordonnait qu'on plaçât Urie dans le poste le plus dangereux de la bataille, afin qu'il fût tué. L'infortuné périt en effet au siège de Rabba. Sa femme porta son deuil, puis elle fut recueillie par David qui en fit son épouse. Elle accoucha du fils qu'elle avait engendré de ses œuvres.

L'ignoble conduite de David déplut à l'Eternel, qui envoya vers lui Natham. Celui-ci lui prédit que « l'Eternel susciterait sur lui des maux..... et que son enfant mourrait (2). »

Cette menace s'accomplit bientôt, « et le Seigneur frappa le petit enfant que la femme d'Urie avait enfanté à David, et il n'y eut plus d'espoir.

« Et David pria le Seigneur pour le petit enfant. Il jeûna, et, s'étant retiré à part, il se coucha sur la terre..... néanmoins l'enfant mourut au 7^e jour (3). »

David fut, après son péché, atteint d'une terrible maladie, dont il trace poétiquement les symptômes.

« Prends pitié de moi, Seigneur, car je suis malade. Guéris-moi, Eternel, car mes os sont frappés..... Je m'épuise à gémir. Chaque nuit ma couche est baignée de mes larmes..... Je suis vieilli (4)..... »

« Mon Dieu, je crie le jour et tu ne réponds pas. La nuit je n'ai point de repos..... Je suis un ver et non un homme..... Je suis l'opprobre des hommes. Tous ceux qui me voient se moquent de moi..... Tous mes os se séparent..... Ma force se dessèche comme de l'argile et ma langue s'attache à mon palais..... Je pourrais compter tous mes os (5)..... »

« Tant que je me suis tu, mes os se consumaient. Je gémissais toute la journée. Nuit et jour ta main s'appesantissait sur moi. Ma vigueur n'était plus que sécheresse comme celle de l'été (6). »

« J'ai le visage, l'âme et le corps usés par le chagrin. Ma vie se consume dans la douleur, et mes années dans les soupirs. Ma force est épuisée..... et mes os dépérissent..... Ceux qui me voient dehors s'enfuient loin de moi (7). »

« Il n'y a rien de sain dans ma chair à cause de ta colère, il n'y a plus de vigueur dans mes os à cause de mon péché..... mes plaies sont infectes et corrompues par l'effet de ma folie. Je suis courbé, abattu au dernier point ; tout le jour je marche dans la tristesse, car un mal brûlant dévore mes entrailles et il n'y a rien de sain dans ma chair.....

Ma force m'abandonne, et la lumière de mes yeux n'est plus même avec moi. Mes amis et connaissances s'éloignent de ma plaie, etc. (8). »

(1) *Rois*, ch. XI, v. 2 et suivants.

(2) *Rois*, ch. XII, v. 11, 14.

(3) *Rois*, ch. XII, v. 16, 17, 18.

(4) *Psaume* VI, v. 3, 7, 8.

(5) *Psaume* XXI, v. 3, 7, 13, 16, 18.

(6) *Psaume* XXXI, v. 3, 4.

(7) *Psaume* XXX, v. 10, 11, 12.

(8) *Psaume* XXXVII, v. 4 et suivants.

« Purifie-moi et mes os brisés s'en réjouiront (1). »

Quoique vagues, les symptômes accusés dans les psaumes de David n'en ont pas moins une grande valeur, surtout si on les groupe, si on les rapproche les uns des autres.

Voilà un homme qui contracte d'une femme qu'il rend enceinte une maladie de cause génitale et dont les symptômes essentiels, puisque ce sont ceux sur lesquels le patient insiste surtout, consistent en *douleurs atroces* survenant principalement la nuit, et en *altérations osseuses*. Les os sont le siège de vives souffrances. Ils se désagrègent, *se séparent* (carie ou nécrose). Des plaies purulentes et chroniques s'établissent, et sont probablement en communication avec les foyers osseux malades. Ce doit être par elles que les fragments d'os s'éliminent.

Le patient perd ses forces, tombe dans une cachexie profonde. Sa maigreur est extrême. Sa bouche (sa langue surtout) est malade. Il est un objet de dégoût pour tout le monde. Les symptômes morbides d'abord localisés se généralisent de plus en plus (il n'y a plus rien de sain dans ma chair), et ce qui comble la mesure, les yeux se prennent, et la vue s'obscurcit. Des symptômes viscéraux apparaissent à un moment donné, et *cette terrible maladie générale* plonge l'infortuné David dans une hypocondrie et un découragement qu'il est facile de comprendre, en raison même de la chronicité des accidents, et de leur résistance à la thérapeutique naïve employée contre eux.

A tout ce qui précède, joignons que l'enfant engendré par Bath-Schéba, qui avait communiqué sa maladie à David, meurt au bout de sept jours, circonstance qui s'ajoute à toutes les autres pour nous pousser naturellement vers le diagnostic de syphilis.

Je conclurai donc en disant que David, qui, dans sa vieillesse, avait besoin d'avoir dans sa couche une jeune fille vierge, seulement pour le réchauffer (2), fut vraisemblablement un des plus anciens rois syphilitiques qui aient existé.

Maladie de Job.

Que n'a-t-on pas dit sur l'affection de Job ? Toutes les hypothèses ont été émises ; et une des plus répandues est que le saint homme ne fut qu'un des plus antiques vérolés bibliques. Et cependant, à notre avis, rien n'est plus faux. Il est facile de se convaincre, après l'étude attentive des symptômes cliniques relatés dans la bible, que Job n'a jamais mérité sa triste réputation. « Vir sanctissimus, nec ulla prava concupiscentia aut illicita meruit sinistram famam (3). »

Parmi ceux qui l'ont accusé d'avoir la syphilis, la plupart l'ont fait sans discuter les textes, s'en remettant à l'affirmation toute gratuite le plus souvent d'auteurs anciens, tels que François Vatable (4), Cyprien (5) (le moine de Cîteaux), Jean de Pieda (6), le capucin Jacques Bolbuc (7), dom Augus-

(1) Psaume L, v. 9, 10.

(2) Rois, ch. III, v. 1, 2, 3, 4.

(3) Th. BARTOLINI, *De morbis biblicis, Miscellanea medica*, 1672. Francofurti.

(4) *Loc. cit.*

(5) *Id.*

(6) *Id.*

(7) *Id.*

tin Calmet (1), Ulrich de Hutten (2), etc. Cet infortuné Job a même été décoré du titre de *patron des vérolés*.

Il est vrai que d'autres historiens se sont élevés contre ce diagnostic et ont déclaré que Job n'était qu'un vulgaire lépreux, opinion, à mon sens, aussi fausse que la précédente. On la trouve relatée dans les écrits d'Origène (3), d'Apollinaire (4), de saint Augustin (5), de Polychronius, de saint Jean Chrysostome.

Jean Mercier (6), plus prudent, restait dans le doute et ne faisait pas de diagnostic.

Plus près de nous, Bosquillon, dans une note de sa traduction à l'ouvrage de B. Bell, a émis l'opinion que Job était atteint d'*érysipèle ambulante* sous prétexte que ce malade célèbre avait une fièvre continue, ainsi que l'indiquent ces mots : « Mes veines n'ont point de repos (v. 27). »

« Je crois, ajoute-t-il, qu'on ne doit pas rapporter cette maladie à la lèpre, comme l'a fait Astruc (maladie du reste incurable, et Job a guéri), mais bien à une espèce d'érysipèle qui a gagné peu à peu tout le corps (7). »

D'après cet auteur, on trouve quelques exemples d'érysipèles chroniques analogues à celui dont Job aurait souffert, dans l'histoire ecclésiastique de Nicéphore, dit Calliste, sous le nom de *νεσς; σηπεδονώδης* morbus putridus.

Richard Méad (8) penche, sans cependant être affirmatif, vers l'éléphantiasis.

Dès maintenant, je dois déclarer que je me range absolument à l'opinion émise par Bartholin (9) et développée, il y a vingt ans, par M. Rollet (10), d'après laquelle Job a éprouvé une violente atteinte de *scorbut*. La lecture du texte impose ce diagnostic, qui me paraît indiscutable.

Le livre de Job, écrit en vers hébreux, est un des plus anciens documents bibliques. D'après M. Renan (11), Job était un patriarche qui vivait au moins 100 ans avant la captivité d'Égypte. Les personnages de ce poème ne sont pas juifs, et la scène se passe hors de la Palestine. La langue dans laquelle est écrit le livre n'est pas de l'hébreu pur, et ce qui prouve son ancienneté, c'est qu'on ne trouve dans cette légende iduméenne aucune allusion aux usages mosaïques. De plus il n'y est fait mention que de l'idolâtrie du soleil et de la lune, la plus ancienne de toutes, et qui s'était développée chez les Phéniciens et les Chaldéens.

D'après Fr. Spanheim (12), Job habitait le pays d'Husa, qui était situé dans la partie septentrionale de l'Arabie déserte, près de l'Euphrate et de la Mésopotamie.

L'existence de ce patriarche est-elle bien certaine? On a regardé Job comme

(1) *Loc. cit.*

(2) *Id.*

(3) Liv. VI, p. 503.

(4) Sermon XXXII.

(5) *Hist. de Job*, par Frédéric SPANHEIM, ch. III.

(6) *Comment. sur Job*, ch. II.

(7) *Traité de la gonorrhée virulente et de la malad. vén.*, par Benjamin BELL. Traduct. par Ed. BOSQUILLON. Paris, an X (1802).

(8) *Recueil des œuvres physiques et médicinales publiées en anglais et en latin*, par Richard MEAD. Traduct. franç. par M. COSTE, 1774. T. II, p. 122.

(9) *Loc. cit.*

(10) *Nouvelles conjectures sur la maladie de Job*, par J. ROLLET. Paris, 1867.

(11) *Job*, par E. RENAN, 1830.

(12) *Hist. de Job*, ch. IV.

un personnage de pure fiction. On a même attribué à Moïse la composition du poème, cela, il faut bien le dire, sans la moindre preuve. Le savant Lightfoot la rapporte à Elihu, l'un des amis qui vinrent visiter le saint homme dans son malheur et lui adresser des condoléances et des exhortations.

Je ne pense pas que l'affection de Job soit une simple fantaisie poétique comme on l'a dit. Avec M. Rollet, je crois que pour décrire avec tant de vigueur les symptômes morbides qu'on y trouve, l'auteur du livre a dû avoir devant les yeux un type réel et étudié qu'il a défiguré par l'abus des images et des métaphores si familières à la littérature orientale, et par l'usage soutenu de ce style élevé, dont le drame et l'épopée s'accrochent à coup sûr mieux que la pathologie (1).

Étudions le tableau clinique du mal de Job, tel que nous le donne la bible.

La maladie débuta brusquement. « L'Eternel dit à Satan : Voici, je te livre Job; seulement épargne sa vie. »

« Et Satan se retira de devant la face de l'Eternel. »

« Puis il frappa Job d'un ulcère malin, depuis la plante des pieds jusqu'au sommet de la tête, et Job prit un tesson pour se gratter et s'assit sur de la cendre (2). »

La maladie fit de rapides et de profonds ravages sur le saint homme, puisque trois amis qui vinrent le voir, Bildad de Schuach, Eliphaz de Théma et Tsophar de Naama, ne le reconnurent pas et restèrent stupéfaits à sa vue, « se tenant assis auprès de lui sept jours et sept nuits sans lui dire une parole, car ils voyaient combien sa douleur était grande (3). »

Le symptôme dominant était la douleur généralisée et intense.

« Les flèches du Tout-Puissant m'ont percé et mon âme en suce le venin (4). »

Cette douleur était continue, avec exacerbations nocturnes.

« Comme l'esclave soupire après l'ombre, comme l'ouvrier attend son salaire;

« Ainsi j'ai pour partage des mois de douleurs. J'ai pour mon lot des nuits de souffrance.

« Je me couche et je dis : Quand me lèverai-je, quand finira la nuit ? Et je suis rassasié d'agitations jusqu'au point du jour (5). »

Le système osseux était le siège d'une souffrance épouvantable, survenant principalement la nuit.

« La nuit me perce et m'arrache les os, la douleur qui me ronge ne me donne aucun repos (6). »

La mastication était gênée et très pénible (stomatite). Il y avait même de la dysphagie.

« Je soupire avant de manger, et les cris que je fais sont comme le bruit d'un débordement de grandes eaux (7). »

« Quand me laisseras-tu le temps d'avaler ma salive (8). »

(1) ROLLET, *Loc. cit.*

(2) Job, ch. II, v. 6, 7, 8.

(3) *Id.* v. 13.

(4) Ch. VI, v. 4.

(5) Ch. VII, v. 2, 3, 4.

(6) Ch. XXX, v. 17.

(7) Ch. III, v. 24.

(8) Ch. VII, v. 19.

Une courbature généralisée, une lombagie intense accablait le patient.

« Dieu me perce les reins sans pitié (1). »

A côté des douleurs nous devons placer les attérations de la peau, qui occupent une place capitale dans le tableau clinique.

« Mon corps se couvre de vers et d'une croûte terreuse, ma peau se crevasse et se dissout (2). »

« Les parties de la peau sont l'une après l'autre dévorées (3). »

« Ma peau noircit et tombe (4). »

« Je marche noirci, mais non par le soleil (5). »

« Mes paroles sont encore pleines d'amertume et la violence de ma plaie est beaucoup au-dessous de mes gémissements (6). »

« J'ai dit à la pourriture : Vous êtes mon père, et aux vers : Vous êtes ma mère et ma sœur (7). »

Il est facile de voir qu'il s'agit là d'ulcères gangreneux superficiels ou profonds. L'insuffisance thérapeutique explique pourquoi ces ulcères deviennent vermineux, et pourquoi ils sont si douloureux et si étendus.

Job est tourmenté par des hallucinations, des conceptions délirantes, indiquant une perturbation cérébrale profonde.

« Quand je dis : Mon lit me soulagera, ma couche calmera mes douleurs.

« C'est alors que tu m'effrayes par des songes, que tu m'épouvantes par des visions (8). »

« Retire ta main de dessus moi, Éternel, et que tes terreurs ne me troublent plus (9). »

« Des terreurs l'assiègent et l'entourent (10) : »

Une hypocondrie bien compréhensible du reste et un grand désespoir l'accablent.

« Je n'ai ni tranquillité, ni paix, ni repos, et le trouble s'est emparé de moi (11). »

« Mes jours sont plus rapides que la navette du tisserand. Ils s'évanouissent : Plus d'espérance (12) ! »

« Si je dis : Je veux oublier mes souffrances, laisser ma tristesse, reprendre courage.

« Je suis effrayé de toutes mes douleurs (13). »

« Les pleurs ont altéré mon visage (14). »

A plusieurs reprises, Job insiste sur les altérations et les douleurs osseuses dont il est atteint.

« Je voudrais la mort plutôt que ces os !

(1) Ch. XVI, v. 13.

(2) Ch. VII, v. 5.

(3) Ch. XVIII, v. 13.

(4) Ch. XXX, v. 30.

(5) Ch. XXX, v. 28.

(6) Ch. XXII, v. 2.

(7) Ch. XVII, v. 14.

(8) Ch. VII, v. 13, 14.

(9) Ch. XIII, v. 21.

(10) Ch. XVIII, v. 11.

(11) Ch. II, v. 26.

(12) Ch. VII, v. 6.

(13) Ch. VIII, v. 27, 28.

(14) Ch. XV, v. 16.

- « Je les méprise (1) ! »
 « Mes os sont attachés à ma peau et à ma chair (2). »
 « Mes os brûlent et se dessèchent (3). »
 Sa cachexie atteint les dernières limites.
 « Ma maigreur se lève et m'accuse en face. »
 « Dieu me fait brèche sur brèche (4). »
 « L'ombre de la mort est sur mes paupières (5). »
 « Mon œil est obscurci par la douleur, tous mes membres sont comme une ombre (6). »
 « Il ne me reste que les lèvres autour des dents (7). »
 « Par la violence du mal, mon vêtement perd sa forme. Il se colle à mon corps (8). »
 Ce malheureux Job était un objet de dégoût pour tous ceux qui l'approchaient, et qui l'abandonnaient ou à peu près à son malheur et le laissaient sans soins.
 « Je suis la risée des plus jeunes que moi, de ceux dont je dédaignais de mettre les pères parmi les chiens de mon troupeau (9). »
 « Je suis un étranger pour mes serviteurs et mes servantes (10). »
 Son haleine extrêmement fétide écartait de lui sa femme elle-même et ses enfants.
 « Ma femme a horreur de mon haleine et ma plainte est à charge à mes enfants (11). »

Des troubles viscéraux s'ajoutaient aux symptômes précédents.

- « Ma bile est répandue sur la terre (12). »
 « Mes entrailles bouillonnent sans relâche (13). »
 Tel est le tableau clinique de la maladie de Job.

Comment a-t-elle évolué ?

Elle s'est terminée tout d'un coup par le retour assez rapide du malade à la santé. L'Éternel rétablit Job dans son premier état (14), et lui rendit son ancienne influence et ses richesses d'autrefois.

La guérison fut complète, et il ne lui resta rien de sa maladie, car il eut sept fils et trois filles.

« Et il n'y avait pas dans le pays d'aussi belles femmes que les filles de Job (15). »

La maladie de Job ne fut donc pas héréditaire, et la Bible ne mentionne pas qu'elle ait été contagieuse.

(1) Ch. VII, v. 15, 16.

(2) Ch. XIX, v. 20.

(3) Ch. XXX, v. 30.

(4) Ch. XVI, v. 8, 14.

(5) Ch. XVI, v. 16.

(6) Ch. XVII, v. 7.

(7) Ch. XIX, v. 20.

(8) Ch. XXIX, v. 18.

(9) Ch. XXX, v. 1, 2.

(10) Ch. XIX, v. 15.

(11) *Id.* v. 17.

(12) Ch. XV, v. 13.

(13) Ch. XXX, v. 27.

(14) Ch. XLIII, v. 10.

(15) *Id.* v. 13.

Job vécut encore 140 ans, « et mourut rassasié de jours (1). »

On a conclu des symptômes précédents qu'il s'était agi là de la syphilis, de la lèpre, d'une affection dartreuse, de la gale, du prurigo, du zona, de la goutte, de la sciatique, de l'esquinancie, de la mélancolie, etc., etc. (2).

Nous ne nous arrêterons pas à réfuter toutes ces hypothèses, dont aucune n'est sérieusement fondée.

Mais, dès maintenant, il est facile de voir que la syphilis, moins que toute autre affection, cadre avec les symptômes précédents.

« D'ailleurs, fait observer M. Rollet, le livre de Job est conçu dans un tel esprit qu'une maladie vénérienne ne s'y trouverait pas à sa place. Un pareil attribut s'accorderait mal avec le caractère grave et austère du personnage (3). »

Ce n'est pas précisément là un argument, d'autant que Job était certainement moins parfait qu'on ne le croit, et quoiqu'il se défende d'avoir transgressé les ordres de l'Éternel (4), il n'en avoue pas moins des fautes de jeunesse (5). Du reste, Éliphas (6) lui reproche sévèrement son avarice et sa dureté envers les pauvres et les orphelins.

Néanmoins il est certain d'après les textes que la cause de la maladie de Job n'a pas été de nature génitale.

La lèpre admise par beaucoup d'auteurs (Polychronius, Appollinaire, Origène, saint Jean Chrysostôme, saint Augustin, Michaelis, Astruc, R. Méad, Sprengel, Hensler, etc.) ne concorde pas non plus avec les phénomènes morbides relatés dans la bible.

Le scorbut au contraire répond admirablement à ces derniers. Bartholin et Rollet ont admis ce diagnostic, et je me range absolument à leur opinion.

On sait qu'avant de tomber malade, Job vit mourir coup sur coup tous les membres de sa famille et perdit tous ses biens. Abandonné et misérable, il dut éprouver une dépression morale épouvantable en face de pareils désastres.

Peu à peu dénué de tout, vivant sur un fumier, n'ayant pour nourriture que quelques débris alimentaires, il fut pris du scorbut, maladie qui trouvait dans le saint homme un terrain d'évolution très bien préparé.

Les douleurs généralisées et surtout osseuses, la stomatite déterminant une gêne de la mastication et de la déglutition, et la fétidité de l'haleine, la courbature, les pétéchies communiquant à la peau une teinte noire, les ulcères cutanés consécutifs aux suffusions sanguines, les hallucinations et les troubles nerveux, les altérations osseuses, la cachexie profonde et la diarrhée sont les signes non douteux du scorbut. Ils s'ajoutent les uns aux autres pour constituer un tableau clinique qu'on ne peut rapporter qu'à cette affection, et parmi eux il n'en existe aucun de négatif. Tous, au contraire, concourent vers la même diagnose.

Quant aux vers qui existaient dans les ulcères de Job, ils provenaient de la saleté excessive dans laquelle vivait ce malheureux. Toute plaie peut devenir vermineuse.

(1) Ch. XLII, v. 17.

(2) *Comment. de la bible de dom Calmet*, 1780.

(3) *ROLLET, Loc. cit.*

(4) *Job*, ch. VI, v. 10; ch. VIII, v. 21.

(5) *Ch. XIII, v. 26.*

(6) *Ch. XXII, v. 5 et suiv.*

Ce n'est donc pas là une entité morbide spéciale. Si on avait pensé proprement les ulcères, les vers auraient disparu.

Du reste dans la traduction de M. Renan, on ne trouve pas le mot « ver ».

De la lèpre des Hébreux.

Sous la rubrique générale de *lèpre*, les livres bibliques comprennent des affections bien différentes les unes des autres. Cette dénomination est loin de correspondre à une espèce pathologique bien définie aux points de vue anatomopathologique et clinique. Elle embrasse une partie de la dermatologie et son sens médical est au moins aussi vague que celui de l'expression « dartre ».

La lèpre atteignait non seulement les hommes et les animaux, mais aussi les habits et les maisons (1). Son caractère saillant était la contagiosité. Le contagement se transmettait soit directement, soit indirectement par les habits, et les habitations qui étaient alors bien réellement atteints de la lèpre puisque le principe infectieux s'y trouvait enfermé. Les purifications prescrites n'étaient que des mesures hygiéniques de désinfection.

Le feu jouait un rôle très important en pareil cas.

D'après Richard Méad (2), la lèpre des maisons consistait en efflorescences de salpêtre. Cette hypothèse nous paraît irrationnelle. Moïse défendait de se servir de vêtements ou d'habitations rongés par la lèpre, avant de les avoir purifiés complètement. La contagion était donc à redouter.

Linné a eu raison de prétendre que la lèpre des habits et des maisons n'était autre chose qu'une agglomération de parasites pouvant former les taches signalées dans le *Lévitique* et envahir les hommes si on ne les détruisait pas (3).

Tout le monde sait qu'un habit, ayant servi à un galeux, peut donner la gale à un individu sain qui en fait usage. Cet habit est donc véritablement atteint de la gale lui-même, puisqu'il contient le sarcopte pathogène.

Il me paraît certain que le mot lèpre, qui se rapporte à des affections absolument différentes de la syphilis, a cependant souvent été employé pour désigner des accidents cutanés relevant de cette dernière.

On ne s'expliquerait pas en effet que l'antiquité ait cru à une puissante contagiosité de la lèpre, si elle n'y avait pas inclus certains accidents spécifiques.

D'autre part, comment expliquer l'opinion des observateurs qui ont affirmé la genèse de la lèpre par le coït, ou la production de la syphilis par la lèpre à la faveur du même acte ?

Moïse admettait diverses variétés de lèpre : « Si dans la lèpre on aperçoit une tumeur blanche sur la peau, que les poils blanchissent et qu'il y ait sous la peau une chair vive, la lèpre est invétérée. Mais si la lèpre ne forme pas d'élévation, qu'elle occupe d'une manière égale toute la peau, depuis les pieds jusqu'à la tête, on dira qu'il est attaqué de cette maladie purement et simplement (4). »

(1) *Lévitique*, ch. XIII.

(2) *Recueil des œuvres physiques et médicales publiées en anglais et en latin*, par Richard MÉAD. Traduct. par COSTE, 1774.

(3) LORRY, *Tractatus de morbis cutaneis*, 1777.

(4) *Lévitique*, ch. XIII.

Voilà donc deux espèces nosologiques de lèpre : l'une profonde ou ulcéreuse, l'autre superficielle, squameuse.

Hippocrate a décrit, sous le nom de *leucé*, une maladie fréquente en Phénicie, et qui correspond à la lèpre de Moïse (1).

D'après Galien (2), l'éléphantiasis peut succéder à la leucé, ou inversement.

Dans tous les cas, ces deux entités sont très analogues. Oribase (3), Paul d'Eggue (4), Aétius (5), Actuarius (6) partagent la même opinion.

Celse a essayé d'établir trois espèces de lèpres ou gales :

L'alphos ou *leucé*, ou lèpre blanche de Moïse ;

Le *mélas* ou lèpre noire. La peau devient ombrée. Les poils blanchissent et ressemblent à un fin duvet ;

L'éléphantiasis. La peau s'hypertrophie, se couvre de taches et de tumeurs rouges, puis livides. L'épiderme s'écaille, le corps maigrit. Les jambes et les pieds enflent. Les doigts et les orteils sont méconnaissables. Les os s'altèrent (7).

C'est là l'éléphantiasis tel que nous le connaissons.

La lèpre des Hébreux et celle des Grecs (*leucé*) paraissent constituer la même affection, sauf que chez ces derniers, ainsi que chez les Arabes, la tendance éléphantiasique était beaucoup plus prononcée. On ne trouve pas en effet dans la Bible de mention nette de l'éléphantiasis.

Cependant, d'après Roussille-Chamseru (8), l'éléphantiasis est certainement mentionné dans le *Lévitique*.

On y lit (9) : « Que l'homme dans la peau ou dans la chair duquel il se sera formé une diversité de couleur ou une pustule, ou quelque chose de luisant qui paraît être la plaie de la lèpre, soit amené au prêtre... »

Telle est la version de Sacy, qui est fondée sur la *Vulgate*, de même que celle de Carrière. Or, la *Vulgate* indique le siège de la lèpre dans la peau et dans la chair, ce qui implique l'idée d'ulcère profond constant. Houbigant traduit : « Lorsqu'un homme aura sur la peau une tumeur ou une pustule ou une tache luisante, etc... » L'abbé Legros s'exprime ainsi : « Lorsque, dans la peau qui couvre la chair de l'homme, il se sera formé une tache, une pustule, etc. »

D'après Roussille, le mot hébreu (*sheet*) n'a jamais signifié que tumeur ou tubercule ; les autres interprétations sont erronées.

Il résulte de tout cela que le texte biblique mentionne une altération spéciale consistant en une tumeur, un tubercule de la peau.

Au 3^e verset du chapitre XIII du *Lévitique*, il est dit : « Si le prêtre voit que la lèpre paraisse sur la peau, et que le poil ait changé de couleur et soit devenu blanc ; que les endroits où la lèpre paraît soient plus *enfoncez* que la peau, etc. » Ce dernier caractère clinique « plus enfoncé que la peau » donné

(1) *Prorrhetic*, lib. II.

(2) *De causis sympt.*, lib. III, cap. LVIII, et *Method. medendi*, lib. XIV, cap. XVII.

(3) *De morborum curat.*, lib. III, cap. LVIII.

(4) *De re medic.*, lib. IV, cap. V et VI.

(5) *Tetrabiblo*, 4, Serm. I, cap. CXXXIII.

(6) *Method. medendi*, lib. II, cap. II, et lib. IV, cap. XV.

(7) *De medic.*, lib. V, cap. XXVIII, § 19.

(8) *Recherches sur le véritable caractère de la lèpre des Hébreux*, par ROUSSILLE-CHAMSERU. — *Mém. de la Soc. méd. d'émulation*, an VIII, p. 335.

(9) Ch. XIII, v. 2.

par la *Vulgate* aurait provoqué, d'après Roussille, une erreur chez tous les traducteurs qui n'ont pas interprété directement le texte hébreu (Houbigant, Legros, etc.).

Pour Roussille-Chamseru, la *Vulgate* a fait un contresens. En effet, le mot hébreu, *gamoh* profond, ne doit pas s'entendre d'une excavation, mais bien d'une chose qui, avec sa profondeur, conserve le même niveau.

« Les paroles, dit Salomon, sortent de la bouche de l'homme juste comme une eau profonde, etc. »

Il ne faut pas traduire : « Que les endroits où la lèpre paraît, soient *plus enfoncés* que la peau », mais bien « *plus profonds, plus épaissis* » que la peau.

C'est donc là une lésion qui altère la surface cutanée en épaisseur, c'est-à-dire qui y détermine des tumeurs, comme l'éléphantiasis des Arabes.

Ce raisonnement ingénieux semble démontrer l'existence de la lèpre tuberculeuse chez les Juifs, mais il ne prouve pas que l'éléphantiasis ait été chez eux la seule modalité clinique comprise sous le nom de lèpre.

La lèpre du *Lévitique*, désignée par le mot *tzarath*, et qui ressemble, ainsi que je l'ai dit, à la *leucé* des Grecs, ne serait-ce pas la *lepra vulgaris* de Willan, ou simplement le *psoriasis* ?

Cette affection était en effet superficielle, blanche, desquamative et curable.

Souvent les plaques blanches offraient une dépression centrale comme dans la variété dite *psoriasis annulaire*.

Avec M. Rollet, je pense que la lèpre dont l'Éternel frappa les mains de Moïse ne fut qu'un psoriasis ou lèpre blanche (1).

La lèpre de Marie (2), celle de Giezi (3) appartenaient au même type. Dans cette hypothèse la contagiosité ne devait pas exister.

D'après la Bible cependant, la lèpre était contagieuse. Mais il est certainement alors fait allusion à d'autres affections cutanées.

Dans le *Lévitique*, Moïse parle de la lèpre qui envahit le cuir chevelu et la barbe (4), et il prescrit de raser les parties malades.

Il est évident qu'il s'agit là des teignes, de l'herpès tonsurans, du sycosis. Pour M. Rollet (5) la phrase suivante se rapporterait à notre *herpès circiné* : « Si cet endroit est plus enfoncé que le reste de la chair et le poil tirant sur le jaune, et plus délié qu'à l'ordinaire... C'est la lèpre de la tête (6). »

Dans ces dernières circonstances la contagiosité existait, et Moïse avait raison de la craindre sachant que la maladie était transmissible par les vêtements, les meubles et les poussières des habitations.

Giezi, serviteur du prophète Élisée qui avait guéri Naaman de la lèpre et qui avait refusé ses présents, se fit donner par le convalescent en lui contant un mensonge, deux tuniques, et il eut la lèpre (7).

La contagion par le vêtement n'est pas douteuse dans cet exemple.

Faut-il assimiler la lèpre de Moïse exclusivement à l'éléphantiasis (Bartholin, J. Leclerc, Astruc) ?

(1) *Exode*, ch. IV, v. 6.

(2) *Nombres*, ch. XII, v. 10.

(3) *Rois*, ch. V, v. 22 et 27.

(4) *Ch. XIII*, v. 29 et suiv.

(5) *Loc. cit.*

(6) *Lévitique*, ch. XIII, v. 30 et suivants.

(7) *Rois*, II ch. V.

Doit-on regarder ces deux maladies comme tout à fait distinctes (R. Mead Lorry) ?

Nous pensons que la lèpre des Hébreux ou tzarath comprend divers types cliniques plus ou moins semblables au point de vue objectif, mais essentiellement différents dans leur nature intime.

D'après Rabbinoïwicz (1), le mot tzarath ne signifie pas *insensibilité*, comme on l'a dit, mais bien *squame*.

Cet auteur prétend qu'aux époques bibliques on attachait à ce mot l'idée de croûtes cutanées affectant certaines formes squameuses.

Moïse s'est efforcé d'établir le diagnostic entre les diverses variétés de lèpre, afin de ne pas isoler de la société un homme atteint d'une affection cutanée autre que la véritable lèpre, ce qui prouve bien que cette expression ne se rapportait pas à une altération définie. On n'a qu'à lire attentivement le chapitre XIII du *Lévitique* pour s'en convaincre.

Mais dans tout cela, trouvons-nous la syphilis ? Faut-il conclure que la lèpre n'était que de la vérole ? Ce serait une grossière erreur. Tout prouve le contraire.

Que certains accidents spécifiques aient été regardés comme de la lèpre, cela n'est pas douteux puisque les Hébreux croyaient à la contagion de la lèpre, par le coït.

Disons cependant que les docteurs du Thalmud ont nié ce fait et en ont donné de nombreuses preuves.

Concluons. La lèpre, mot général et vague, s'est rapporté à des maladies diverses, parmi lesquelles il y en a eu de bénignes et d'autres de malignes, mais toutes différentes de la syphilis. Il est cependant rationnel de croire que certaines manifestations spécifiques de la peau ont été comprises sous cette rubrique.

(1) *La Médecine du Thalmud*. Paris, 1880.

I

DE L'EMPLOI DE LA TRAUMATICINE RÉSORCINÉE DANS
UN CAS DE LYMPHANGITE ÉRYSIPÉLATEUSE,

Par le Dr **Clemente FERREIRE** (de Rozende, Brésil).

L'emploi de la traumaticine date d'hier, et cependant les services qu'elle a rendus à la thérapeutique, surtout dans le traitement des maladies cutanées, sont déjà nombreux et fort précieux.

Dans beaucoup de cas où l'enveloppement par le caoutchouc vulcanisé donne des résultats favorables, les badigeonnages à la traumaticine trouvent une application heureuse, et rendent des services signalés à moins de frais et avec beaucoup plus de facilité.

Ernest Besnier a mis en lumière les résultats remarquables que l'on obtient de l'application de la traumaticine chrysophanée dans le psoriasis, et différents cliniciens ont confirmé cette manière de voir par de nombreux faits cliniques d'une valeur incontestable.

Le pansement par occlusion, qui nous rend des services saillants dans les différentes dermites, en soustrayant la peau irritée et phlogosée à l'action excitante et septique de l'air, devrait trouver un emploi rationnel dans le traitement de l'érysipèle, et depuis bien longtemps déjà, différents praticiens avaient remarqué les bons effets obtenus des badigeonnages au silicate de potasse dans cette dermatose érythémateuse. Moi-même, je possède, dans mes archives d'observations, plusieurs cas d'érysipèle complètement guéri au moyen d'applications de ce puissant agent de traitement occlusif, qui présenterait en outre l'avantage d'exercer une compression uniforme et bienfaisante, laquelle ne serait pas sans avoir de l'influence sur la disparition des phénomènes phlegmosiques.

Cependant, la traumaticine est venue remplacer d'une façon avantageuse le silicate de potasse, et ses excellentes propriétés occlusives et antiphlegmosiques, ainsi que la vertu qu'elle présente de pouvoir être le véhicule de nombre d'agents médicamenteux, doivent nous engager à ne pas hésiter à la préférer dans l'immense majorité des cas.

Ayant eu l'occasion de constater les excellents et réels services que nous rend la traumaticine dans la thérapeutique de l'érysipèle, je crois être utile au corps médical en rapportant ici un fait assez éloquent, qui plaide d'une façon positive en faveur de la valeur marquée de cette substance.

Observation clinique.

Le nommé H..., âgé de deux ans et demi, doué d'un tempéramment éminemment lymphatique, a été atteint à diverses reprises de différentes poussées d'éruptions impétigineuses siégeant sur les jambes, les pieds, les fesses, la face et le cuir chevelu.

Le 25 septembre, je suis appelé auprès de lui, pour des phénomènes fébriles et d'autres symptômes sérieux qui venaient d'éclater dans le cours d'une nouvelle poussée d'eczéma impétigineux, qui s'était développée particulièrement à la face et sur les membres inférieurs et à la suite de grattages répétés provoqués par les vives démangeaisons que le petit malade éprouvait aux régions atteintes.

En examinant soigneusement l'enfant, je constate sur les membres inférieurs de véritables plaques d'érysipèle, lesquelles, ayant débuté autour des pustules d'eczéma impétigineux, s'étaient étendues d'une façon rapide et tendaient à envahir les jambes tout entières. Il y avait de plus quelque tuméfaction des ganglions des aines qui se montraient un peu douloureux.

Le thermomètre marquait 39 degrés, la langue se montrait saburrale et il y avait de plus du malaise et une prostration de forces marquée.

Je porte le diagnostic d'érysipèle consécutif à l'irritation intense et vive provoquée par les grattages répétés et violents.

Prescription. — En tenant compte des bons effets de la traumaticine dans les dermatoses inflammatoires, je décide de l'essayer dans l'érysipèle; et en prenant en considération la nature microbienne de cette maladie, aujourd'hui mise en évidence par les études bactériologiques modernes, je prends le parti de remplir l'indication posée par cet élément au moyen de l'emploi de la résorcine.

Je formule donc :

Traumaticine. — 60 grammes. Résorcine chimiquement pure, 0,80 centigrammes. Faites dissoudre. Pour badigeonner les plaques érysipélateuses trois fois par jour.

Je fais administrer en même temps des lavements au sulfate de quinine.

Le 27 septembre, des améliorations sensibles. La rougeur érysipélateuse a beaucoup diminué et bien aussi les phénomènes inflammatoires qui tendent à décroître d'une façon marquée.

Je fais continuer les badigeonnages à la traumaticine résorcinée.

Le 29, l'érysipèle s'est sensiblement amendé, et c'est à peine si en quelques points se montrent encore de petites traînées érysipélateuses.

Je fais continuer la même médication.

Le 1^{er} octobre. — L'enfant se trouve presque remis. L'érysipèle s'est presque tout à fait dissipé et les phénomènes fébriles ont disparu.

Le 3 octobre. — L'enfant s'est rétabli d'une façon complète. L'érysipèle s'est tout à fait dissipé.

Les améliorations amenées par l'emploi de la traumaticine ont été

rapides et frappantes, comme il ressort de l'observation qui précède, laquelle est bien faite pour mettre en relief la valeur de ce médicament dans l'érysipèle.

Les résultats que j'ai obtenus de l'application du silicate de potasse, quoique réels et saillants, n'ont pas été aussi prompts et décisifs, et dorénavant, je n'hésiterai pas à donner la préférence à la traumaticine, qui semble appelée à jouer un rôle important et fécond dans le traitement de l'érysipèle. Elle est d'une application aisée et exempte d'inconvénients, ce qui n'est pas sans avoir d'importance, surtout lorsqu'on a affaire à des enfants.

GOMMES DU COUTURIER.

(Observation recueillie dans le service de M. le Dr **REYNIER**,
par **G. Sardon**, interne provisoire.)

Echiv... (Albert), 30 ans, blanchisseur, entre, le 25 octobre 1886, dans le service de M. Reynier, à Saint-Louis.

Son père, sa mère, ses deux frères se portent bien. Lui-même a eu mal aux yeux vers l'âge de trois ans : il n'en reste aucune trace actuelle. Rougeole à sept ans. En 1877, une blennorrhagie avec épидидymite consécutive ayant laissé une induration encore très nette. En 1879, adénite suppurée de l'aîne, d'origine inconnue, incisée au Midi. Echiv... est marié : il a eu un enfant mort de la coqueluche à l'âge de 4 ans. Sa femme n'a jamais fait de fausse couche. Il a souvent des bronchites l'hiver ; on trouve de la rudesse de l'inspiration aux deux sommets.

Il y a trois mois, il s'est aperçu d'une certaine gêne dans les mouvements du membre inférieur droit et il a constaté à la cuisse, au siège précis indiqué plus loin, la présence de petites tumeurs qui ont été en se multipliant et en augmentant de volume. Un mois plus tard, d'autres tumeurs semblables se montraient à la jambe ; celles-ci plus superficielles et faisant saillie sous la peau, dès le début, non douloureuses. Ces tumeurs superficielles se sont ouvertes depuis quinze jours, et ont donné lieu à un écoulement assez abondant de liquide puriforme. Aucun traitement n'a été suivi.

A son entrée, le malade présente, sur la partie interne de la jambe droite, cinq ulcérations profondes, arrondies, à bords décollés, à fond irrégulier et jaunâtre, indolores. La cuisse est sensiblement plus grêle que celle du côté opposé ; la palpation permet de sentir sur le trajet du couturier, depuis son insertion supérieure jusqu'à la patte d'oie, au-dessous de la peau qui glisse facilement et qui n'est pas soulevée, une chaîne de petites tumeurs extrêmement nombreuses (18 à 20) assez régulièrement ovoïdes, se touchant par leurs bords en plusieurs points ; leur volume varie entre celui d'un haricot et celui d'une grosse noix ; elles sont d'une dureté élastique ; aucune ne paraît fluctuante ; on peut s'assurer que ces tumeurs sont comprises dans l'épaisseur du couturier en faisant contracter le muscle : au lieu d'être distinctes et de présenter une légère mobilité latérale, elles sont alors fixées et se confondent en partie avec le corps du muscle devenu rigide. La pression ne produit pas de douleur, mais la contraction du muscle est douloureuse et plus faible que du côté opposé. L'état général est bon.

Le malade nie avoir eu un chancre ; en l'examinant on découvre sur la partie supérieure du pilier antérieur droit, au-dessus de la loge amygdalienne, une dépression rouge foncé, et dans la région sous-maxillaire correspondante, un ganglion gros, induré et indolore. Echiv... n'a aucun souvenir de cette lésion.

M. Reynier pose le diagnostic de syphilis ignorée dont l'accident primitif a peut-être existé au niveau du voile du palais, et actuellement manifestée par des gommes superficielles ulcérées, et des gommes intramusculaires du couturier. Le malade est présenté à M. Fournier qui confirme ce diagnostic.

Le traitement appliqué immédiatement (2 cuillerées de sirop de Gibert, pansement à l'emplâtre de Vigo) donne une amélioration rapide. Le 30 octobre, les gommes ulcérées sont en voie de réparation; les gommes du couturier ont beaucoup diminué de volume; le muscle se contracte sans douleur. Au moment où le malade quitte le service, le 20 novembre, les ulcérations sont guéries depuis plusieurs jours; il ne reste plus dans le couturier que quelques petites indurations disséminées.

Le malade a été revu dans le courant de janvier 1887; les indurations persistaient.

Ce fait est remarquable par la présence de gommes très nombreuses dans le couturier, localisation exceptionnelle, et dont on n'a pu trouver, dans le cas particulier, aucune raison satisfaisante par le parallèle entre l'évolution rapide des gommes sous-cutanées et l'évolution beaucoup plus lente des gommes intramusculaires dont le traitement a pu enrayer la marche en ne laissant subsister que quelques points de sclérose.

REVUE DE DERMATOLOGIE.

- I. — UEBER FAVUSPILZE (DES CHAMPIGNONS DU FAVUS), par QUINCKE. (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie*, 1886, nos 1 et 2.)
- II. — REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DES TEIGNES A PROPOS D'UN CAS DE FAVUS, par PRINCE A. MORROW. (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, novembre 1886.)
- III. — RECHERCHES SUR LE PITYRIASIS VERSICOLOR, SA TRANSMISSIBILITÉ ET SES CONSÉQUENCES EN MÉDECINE JUDICIAIRE, par HUBLÉ. (*Revue médicale de Toulouse*, 1^{er} juillet 1886.)
- IV. — LE MICROSPORON DISPAR (ANOMŒON) DE VIDAL DANS LA SÉBORRHÉE, par LORENZO MANNINO. (*Giorn. ital. del. mal. vener. et del. pel.* mars-avril.)
- V. — EXPOSÉ HISTORIQUE ET STATISTIQUE DE LA GALE ET DE LA TEIGNE DANS LE MORBIHAN, par ALPH. MAURICET. (Extrait du *Compte rendu des épidémies et des travaux des Conseils d'hygiène du Morbihan*, en 1885. In-4°. Vannes, 1886.)
- VI. — SUR LE MOLLUSCUM CONTAGIOSUM, par le D^r CHARLES W. ALLEN. (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, août 1886, p. 238.)
- VII. — DU MODE DE DÉVELOPPEMENT, DE L'ÉVOLUTION DU MOLLUSCUM FIBROSUM; SES RAPPORTS AVEC L'ACROCHORDON ET LES AUTRES EXCROISSANCES DES TÉGUMENTS, par R. W. TAYLOR. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, février 1887, p. 41.)
- VIII. — UN CAS DE « MOLLUSCUM CONTAGIOSUM » COMMUNIQUÉ PAR UN NOURRISSON A SA MÈRE, par DUBOIS HAVENITH. (*Journal de médecine de Bruxelles*, 5 mars 1887.)
- IX. — UEBER ICHTHYOSIS FOETALIS (ICHTYOSE FOETALE), par le D^r CASPARY. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, n° 1, 1886.)
- X. — ZWEI FÄLLE VON ICHTHYOSIS FOETALIS (DEUX CAS D'ICHTHYOSE FOETALE), par A. J. MUNNICH. (*Monatshefte f. praktische Dermatologie* 1886, n° 6.)
- XI. — DIE NERVENENDIGUNG IN DER MENSCHLICHEN HAUT (TERMINAISON DES NERFS DANS LA PEAU HUMAINE), par P.-G. UNNA. Tirage à part des *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*. 1886.

- XII. — UEBER EINIGE FÄLLE VON EIGENTHÜMLICHEM PRURITUS AN DEN AUßEREN WEIBLICHEN GENITALIEN (DE QUELQUES CAS DE PRURIT SPÉCIAL DES PARTIES GÉNITALES), par L. PROCHOWNIK. (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1886, n° 4.)
- XIII. — OSTÉOMYÉLITE ET FURONCULOSE, par VOITURIEZ. (*Journal des sciences médicales de Lille*, 14 janvier 1887.)
- XIV. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ŒDÈMES INFECTIEUX ACCOMPAGNÉS OU NON D'ÉRUPTIONS POLYMORPHES, par CENAS. (*Loire médicale*, 13 décembre 1886.)
- XV. — LA CONJONCTIVITE CHRYSOPHANIQUE, par STOCQUART. (*Archives mensuelles de médecine et de chirurgie pratiques*. Bruxelles, décembre 1886.)
- XVI. — LES LÉPREUX A HANOÏ, par NIMIER. (*Archives générales de médecine*. Mars 1877.)

I. — Les cultures de croûtes et de poils faviques démontrent qu'il y a au moins trois champignons différents, qui peuvent déterminer la maladie désignée sous le nom de favus. L'auteur les distingue provisoirement par les lettres α , β et γ .

I. — *Champignon favique α .*

Des croûtes jaunes prises sur un individu atteint de favus, avec cercles herpétiques (période herpétique préliminaire de Köbner), ainsi que des parcelles détachées de leur surface inférieure, servirent à faire des cultures avec le bouillon de gélatine peptonisée dans des tubes et sur des disques.

Dans le tube de verre, il ne se développa que des colonies d'une seule espèce de champignon; sur les disques, outre ces champignons, on voyait de nombreuses colonies de cocci, jaune orange, qui paraissaient identiques au coccus de l'ostéomyélite (Becker).

Ce champignon forme à la surface de la gélatine peptonisée une couche de moisissure feutrée, sèche, assez compacte, d'un blanc de neige, dont la surface inférieure est jaune soufre, et montre une grande tendance à se plisser dans son développement ultérieur. Dans les colonies isolées en forme de plaques arrondies, il se produit aussi de légères ondulations concentriques; quand les colonies se rencontrent, ces plis deviennent irréguliers et se montrent aussi à la surface.

Au microscope, le champignon paraît formé de filaments (de 1, 5 à 2 μ de diamètre) ramifiés, articulés, ayant à peu près la moitié de l'épaisseur des filaments du penicillium. Les filaments se rétrécissent un peu

vers la pointe et se ramifient à angles aigus, de telle sorte que l'entrelacement des filaments à l'intérieur de la colonie devient peu prononcé à la périphérie.

À l'extrémité des filaments, mais le plus ordinairement sur de courts bourgeons latéraux, se détachent des spores rondes ou allongées de 3 à 6 μ de diamètre, surtout abondantes au centre de la colonie, tandis qu'à la périphérie, les filaments se développent principalement dans le sens de la longueur.

Outre les spores simplement détachées (microgonidies), le champignon forme aussi des macrogonidies; productions fusiformes terminales (de 40 à 70 μ de longueur) à paroi brillante, à double contour. L'extrémité antérieure de ces macrogonidies a tantôt la forme d'un cône tronqué, tantôt se termine par une longue pointe grêle.

En somme, le développement des macrogonidies est plus rare et plus tardif que celui des microgonidies, toutes deux sont favorisées par la présence de l'oxygène et l'épuisement du terrain de culture; d'autres facteurs doivent aussi intervenir, car le développement n'est pas le même sur des plaques de même date. L'apparition des gonidies peut commencer dès le 4^e ou le 5^e jour de la culture.

Sur les cultures faites sur des disques, on voit dès les deux premiers jours naître des filaments d'un côté, le plus souvent des deux côtés; au bout de 2 à 3 jours, les colonies deviennent visibles à l'œil nu; en 6 à 8 jours, une colonie peut atteindre un diamètre de 4 à 5 millimètres; en quelques semaines de 10 à 20 millimètres. Dans les tubes, la croissance est moins rapide. En somme, le développement est plus lent que celui des mucédinées ordinaires.

L'épaisseur de la colonie est de 1 à 3 millimètres; sur une coupe, après durcissement préalable dans l'alcool, on reconnaît une zone très riche en spores comprise entre deux couches de filaments enchevêtrés; la couche externe est trois ou quatre fois plus épaisse que celle qui est en contact avec la gélatine.

Une gélatine peptonisée à 3 0/0 est déjà complètement liquéfiée au bout de 6 à 8 jours; à 10 0/0, elle ne l'est qu'après plusieurs semaines et moins complètement. Cela pourrait tenir à la modification dans la réaction du terrain de culture qui, neutre au début, devient plus tard fortement alcalin.

Dans les bouillons de gélatine peptonisée, à réaction acide, le champignon ne se développe pas ou se développe très lentement: il détermine une réaction alcaline du terrain de culture avant qu'il ne se liquéfie.

L'oxygène de l'air a une très grande influence sur le développement du champignon. Ainsi les germes des spores recouverts par une lamelle

de mica sont en retard par rapport à ceux des parties découvertes : la ramification est moins abondante, la colonie plus translucide au microscope ; il ne se produit ni spores, ni disques jaune soufre.

C'est à 35° environ que le champignon α pousse le plus rapidement ; les cultures à croissance rapide sont moins denses, leur surface est comme veloutée avec des filaments de plusieurs millimètres de longueur ; celles qui se développent à la température ordinaire sont plus denses et plus fermes.

Sur des coupes de colonies durcies dans l'alcool avec le terrain de culture (gélatine ou pomme de terre), une solution d'iodure de potassium colore les colonies en jaune, les spores en rouge brun. Le carmin, le bleu et le violet de méthyle donnent aux spores une teinte plus foncée qu'aux filaments, il est facile de voir alors la distribution des spores dans la colonie.

Il résulte d'inoculations faites par l'auteur, que le champignon α peut produire chez l'homme, le chien et la souris, une maladie de peau analogue au favus accidentel.

II. — *Champignon favique β .*

Le champignon β fut pris chez deux frères atteints de favus pour la deuxième fois. Sur la gélatine peptonisée, il forme des colonies gris blanchâtre qui atteignent en peu de jours un diamètre de 1 millimètre, mais ne dépassent pas 3 à 4 millimètres. Une colonie de ce genre présente alors à sa surface quelques filaments tout à fait courts et délicats et une face inférieure jaune, plissée. Un grand nombre de colonies transforme la gélatine dans le tube au bout de deux à trois mois en un liquide épais, jamais bien fluide ou de teinte brunâtre comme avec le champignon α .

Sur une gélatine peptonisée légèrement acide, le champignon β ne se développe pas. C'est sur l'agar-peptone et dans un milieu chaud que les colonies réussissent le mieux ; de même, mais un peu plus lentement, sur le sérum coagulé.

Sur des pommes de terre et sous l'influence de la chaleur, le champignon β forme de petites saillies gris blanc qui acquièrent en trois semaines un diamètre de 1 millimètre, en trois mois de 3 à 10 millimètres ; elles se recouvrent tardivement d'un duvet très délicat formé de courts filaments. Le champignon pénètre jusqu'à 5 millimètres au-dessous de la surface de la pomme de terre qui se fendille.

Si un poil est pris dans une goutte et portée sur la gélatine peptonisée ou l'agar, on aperçoit souvent au microscope des filaments au bout de 24 heures ; après deux ou trois jours, la culture est visible à l'œil nu.

Les germes sont en général plus nombreux à la partie supérieure de la gaine de la racine près de l'orifice du follicule.

Cette rapidité de croissance du début, où le poil doit jouer un rôle comme terrain nutritif favorable, cède bientôt la place au développement lent sur la gélatine peptonisée.

Microscopiquement, les filaments produits par le champignon β sont un peu plus larges que ceux du champignon α , ils sont plus brillants et ramifiés sous des angles moins aigus. Les extrémités des filaments sont simplement arrondies, parfois légèrement renflées. Ces renflements se désagrègent ensuite en une poussière grenue.

Les inoculations faites sur les souris et sur l'homme n'ont pas donné de résultat; sur des lapins, quelques croûtes renfermant des filaments isolés, les poils compris dans ces croûtes étaient entourés de cellules épidermiques; dans les espaces cylindriques intermédiaires, il y avait souvent des amas considérables de gonidies arrondies.

III. — *Champignon favique γ .*

Ce champignon qui est peut-être le plus répandu des trois, ressemble beaucoup dans ses cultures au champignon β . Sur la gélatine peptonisée à la température ordinaire, il se développe lentement, cependant, un peu plus vite que le précédent, il transforme la gélatine en un liquide épais; la réaction est très acide.

Sur l'agar-peptone, sous l'action de la chaleur, il pousse plus rapidement que le champignon β , mais plus lentement que le champignon α .

Sur le sérum, ce champignon croît aussi rapidement que sur l'agar. Examiné au microscope, le champignon γ ressemble beaucoup au champignon β comme aspect et comme mode de ramification, celle-ci est souvent encore plus abondante.

Il présente également des renflements terminaux qui paraissent se produire surtout dans les colonies jeunes, puis se désagréger. Leur présence est d'ailleurs très variable, sans cause appréciable. L'âge de la colonie et la présence de l'oxygène favorisent le cloisonnement des filaments. Ceux-ci sont colorés par le carmin ou le bleu de méthyle.

Les inoculations faites sur des souris, des chiens et 4 fois sur l'homme ont échoué. Une seule fois, sur l'homme, il s'est produit des taches rouges circonscrites de 1 à 2 millimètres de diamètre, comme au début de l'herpès tonsurant, mais elles disparurent d'elles-mêmes au bout de quelques jours.

Si l'on compare ces trois variétés de champignons, on voit que le champignon α se développe le plus facilement et dans les conditions les plus diverses; β moins rapidement que γ . Tandis que α croît sur la

surface du terrain de culture et ne pénètre que peu à l'intérieur, β et γ s'enfoncent beaucoup plus profondément et dépassent à peine la surface; c'est le champignon auquel l'oxygène paraît le plus nécessaire.

Aux trois variétés est commune la teinte jaune soufre de la face inférieure qui est plus tardive pour β et γ .

Comparés aux champignons ordinaires de mucédinées, les champignons du favus croissent lentement et exigent une légère réaction alcaline du terrain de culture.

Le champignon α n'a été observé que dans un cas de favus avec cerceles herpétiques. Le champignon γ , dans quatre cas de favus de la tête; le β , sur deux frères atteints de favus du cuir chevelu. Sur l'un de ces derniers, on retrouva plus tard le champignon γ , de sorte qu'il serait possible que β et γ fussent identiques, ou que β ne fût qu'une variété dégénérée de γ .

La preuve que le favus est dû à ces champignons, c'est que les plus petits débris des croûtes faviques et les racines des poils contiennent en abondance et exclusivement des spores de l'un des champignons. Le succès de l'inoculation de α prouve aussi sa nature pathogène. Si les inoculations avec β et γ n'ont pas aussi bien réussi, cela tient peut-être à une disposition individuelle.

Au point de vue de la pathologie générale, il est intéressant de remarquer qu'une maladie regardée jusqu'ici comme une unité clinique peut être produite par divers champignons parasites.

Il est possible qu'il y ait encore d'autres champignons du favus, c'est même probable pour le favus des animaux. L'auteur n'a pas eu l'occasion d'étudier à ce point de vue le favus accidentel des souris.

Le champignon de la teigne des poules (*Hühnergrindes*), étudié avec soin par Schütz, diffère de ceux que l'auteur vient de décrire, mais il paraît ressembler en quelques points au champignon α . Les champignons ci-dessus n'ont rien de commun avec l'*oïdium lactis*. Le champignon du favus de Grawitz paraît être identique au champignon γ de Quincke.

Quant à la place botanique de ces champignons, ils appartiennent probablement aux ascomycètes. La fructification n'a pu être obtenue jusqu'ici, il n'est donc pas possible de dire si les champignons du favus ne se présentent accidentellement que comme parasite, ou s'ils se rencontrent aussi dans d'autres terrains nutritifs.

A. DOYON.

II. — L'auteur commence par rapporter un cas de favus rebelle du cuir chevelu, de la région deltoïdienne, du bras, de la marge de l'anus, des membres inférieurs. Puis il expose quelques considérations sur le traitement des affections parasitaires de la peau. Nous y relèverons l'aveu que,

bien que la plupart des dermatologistes américains considèrent, à l'heure actuelle l'épilation comme une mesure barbare et inutile, Morrow regarde cette opération comme constituant la partie la plus importante du traitement, surtout quand il s'agit de cas rebelles; elle a pour avantage d'enlever des masses de spores et de permettre une pénétration plus rapide du parasiticide dans les téguments par les orifices des follicules béants.

L'auteur passe en revue tous les parasiticides préconisés. Il donne la préférence, comme lotion, à une solution de sublimé au trois centième environ ou au six centième et à des savonnages au savon vert et à l'eau chaude. Si le cuir chevelu s'irrite, on se sert pendant quelque temps d'une solution au quinzième d'hyposulfite de soude additionnée d'un peu de glycérine. Comme pommade, il préconise surtout une préparation renfermant 10 0/0 de chrysarobine et 5 0/0 d'acide salicylique.

Il aime mieux les appliquer sous forme de collodion ou de traumaticine, car la substance active est ainsi maintenue plus sûrement en contact avec la partie malade, et on empêche, jusqu'à un certain point, l'oxygène de l'air de pénétrer jusqu'au parasite.

Il croit qu'il faut rejeter tout parasiticide qui exerce une action causative ou trop irritante sur les téguments; aussi conseille-t-il de ne jamais faire usage des crayons d'huile de croton, d'acide acétique cristallisable, d'acide pyroligneux, etc.

Dans le sycosis parasitaire de la barbe, il faut également épiler et se servir d'une pommade à l'iodure de soufre au quinzième, ou d'une pommade à l'oléate de cuivre ou de mercure au dixième. Dans l'eczéma marginé, il donne la préférence à l'acide sulfureux dilué de moitié, à la traumaticine chrysophanique au dixième, au collodion iodé, ou au bichlorure associé à la teinture de benjoin (Taylor).

L. B.

III. — Kaposi a nié récemment que la contagion du pityriasis versicolor ait jamais été observée, et M. Hardy a dit que cette affection était peu contagieuse. M. Hubl proteste contre cette opinion et cite des faits de contagion directe, au nombre de 9, de l'homme à la femme, ou *vice versa*; il cite également deux faits de contagion médiate, par l'intermédiaire de gilets de flanelle ayant servi à des sujets atteints de pityriasis versicolor. Pour que la contagion directe se produise, il n'est pas nécessaire que les rapports sexuels, qui ont été constants dans les neuf faits observés par l'auteur, soient fréquents ni nombreux.

L'auteur rapporte ensuite des expériences d'inoculation qu'il a faites; dans une première expérience des produits de râclage furent simplement appliqués sur la peau et n'avaient encore produit aucun effet au bout de trente jours; dans une deuxième expérience, la peau fut fric-

tionnée jusqu'à rubéfaction et les squames de pityriasis fixées avec de la glycérine et du taffetas gommé; au bout de quatorze jours, on constatait un résultat positif; dans une troisième expérience, on enleva des écailles épidermiques avec une lancette et dans une autre région on se contenta d'essuyer l'épiderme qui ne fut pas exfolié et on maintint les produits de raclage du pityriasis au moyen de la glycérine et de baudruche, et dans les deux régions on vit le pityriasis se produire. Dans ces expériences, le pityriasis était facilement visible à l'œil nu au bout d'un temps variant de deux à six semaines.

Dans les divers cas où l'auteur a vu le pityriasis se transmettre d'un sujet à un autre, il n'y avait aucune condition spéciale propre à en faciliter le développement : les sujets prenaient presque tous les soins de propreté désirables, et il n'y avait chez eux ni herpétisme, ni arthritisme, ni maladie diathésique ou dyscrasique quelconque.

L'auteur pense que la notion de la transmissibilité du pityriasis versicolor peut devenir un élément précieux pour les recherches médico-légales.

Il cite enfin une statistique qu'il a établie pour chercher à se rendre compte de la fréquence de cette affection : sur 2,360 hommes de 19 à 24 ans (soldats) qu'il a examinés entièrement nus, il a trouvé le pityriasis versicolor 39 fois seulement, soit 0,68 0/0. GEORGES THIBERGE.

IV. — Les nombreuses recherches qui ont été entreprises de tous côtés sur le pityriasis rosé par Vidal, Malassez, Bizzozero, Bordoni, Uffreduzzi, Klamann, Ferrari, permettent à peu près d'affirmer aujourd'hui la nature parasitaire du pityriasis érythémateux; et malgré les variétés que l'on rencontre dans les descriptions microphytiques que nous possédons à ce sujet, il paraît évident que ces divers observateurs ont rencontré des organismes qui se rapportent tous, à quelques modifications près, au type décrit primitivement par Vidal. Mais ces microphytes ont-ils un rôle pathogénique et spécifique? L'auteur ne le pense pas.

Dans deux cas de séborrhée de la face et du cuir chevelu, il a observé des parasites offrant tous les caractères morphologiques du microsporon de Vidal. Ce sont des spores ovalaires présentant quelques irrégularités dans leur forme et dans leur groupement; leur diamètre varie de 1 μ à 2 ou 3 μ ; ils sont réunis en groupes plus ou moins nombreux ou tout à fait isolés. On les rencontre dans l'intérieur des cellules épithéliales ou libres, en dehors de celles-ci. L'auteur en conclut que leur rôle pathogénique n'est nullement spécifique puisque ces éléments peuvent donner lieu à des affections différentes, suivant qu'ils s'attaquent à la peau ou au cuir chevelu. Leur influence irritative se traduit d'un côté par de l'érythème et par une desquamation plus active de l'épiderme

corné; de l'autre, par une hypersécrétion des glandes sébacées, de là deux affections bien différentes dans leur expression symptomatique. Mais si ces deux maladies doivent être séparées pour la description, elles se trouvent rapprochées au point de vue du traitement, l'une et l'autre bénéficiant surtout de préparations parasitocides. A. SIREDEV.

V. — L'auteur, chargé par le Conseil d'hygiène du Morbihan, du rapport sur les épidémies, a entrepris, au sujet de la gale et de la teigne, des recherches historiques intéressantes, non seulement au point de vue de l'histoire locale, mais encore au point de vue de l'hygiène générale.

La gale, appelée en Bretagne *mal de Saint-Méen*, y a pris une grande extension au commencement et au milieu de ce siècle. En 1831, il devint nécessaire d'entreprendre une campagne contre « ce hideux fléau qui désole une partie notable de nos campagnes » suivant l'expression d'un membre du conseil général d'alors. Une subvention fut votée par le conseil général pour le traitement des malades qui étaient en si grand nombre que les trois médecins chargés de ce service en soignèrent plus de 14,000 dans l'espace de cinq ans; la subvention qui avait été votée d'abord fut diminuée progressivement; mais en 1883, il fallut revenir au chiffre primitif. Actuellement, il y a chaque année 700 à 800 malades atteints de gale, et encore dans beaucoup de communes les maires ne les signalent pas, de sorte que leur nombre doit être bien plus considérable.

L'administration et les médecins ont fait leurs efforts pour lutter contre la gale, mais ce n'est pas seulement d'en haut que doivent partir les conseils : ce sont les maires, les membres du clergé, les instituteurs qui doivent démontrer aux paysans la nécessité qu'il y a de se soigner et de se guérir de cette maladie hideuse.

La teigne est une des maladies communes et fréquentes en Bretagne : les statistiques résultant des déclarations des maires donnent, pour le département du Morbihan, 268 teigneux en 1884 et 156 en 1885; il ne s'agit là que du favus, et cependant la trichophytie et la pelade sont loin d'y être rares par suite de la communauté d'habitation entre les cultivateurs et les animaux.

De 1836 à 1838, le préfet, M. Lorois, entreprit contre la teigne une campagne active dans laquelle il fut aidé par les docteurs Le Montagner et Nayel, et depuis cette époque on continua à lutter contre elle.

Peut-on éteindre la teigne et la gale en Bretagne? demande M. Mauricet. — Certainement, si tout le monde le veut y compris les teigneux et les galeux, répond-il avec raison.

Y arriver et le service militaire sont obligatoires.

A l'école, on peut obliger à la propreté les enfants des campagnes qui bien souvent ne se servent ni du peigne ni de la brosse; on pourrait même obliger les filles à se couper les cheveux, car la teigne est généralement plus fréquente parmi elles que parmi les garçons.

Quant au service militaire, il ne peut empêcher la propagation de la teigne, car celle-ci est un sûr moyen d'échapper à la loi; mais les hommes atteints de teigne ne devraient-ils pas être considérés comme des *muti-lés volontaires*?

Mais alors il faut que l'administration dispose d'un budget suffisant pour faire traiter ces malheureux; la gale se traite aujourd'hui rapidement dans tous les hôpitaux des grandes villes, mais la teigne ne peut être guérie que par un traitement long et par conséquent coûteux; aussi faut-il organiser complètement dans les hôpitaux le traitement des teignes et l'appliquer sévèrement pendant un temps suffisant.

Ce sont là, on le voit, presque identiquement les conclusions auxquelles arrive M. Feulard dans sa remarquable thèse, et cette concordance d'opinions montre bien leur justesse.

Le travail de M. Mauricet est une œuvre utile; c'est en répétant à satiété aux administrateurs de tous ordres et dans toutes les assemblées délibérantes quelles sont les conditions nécessaires à l'extinction des maladies contagieuses que l'on pourra espérer être *quelquefois* entendu et écouté: l'exemple de notre confrère du Morbihan mériterait d'être suivi par les rapporteurs de tous les conseils d'hygiène des départements.

GEORGES THIBERGE.

VI. — L'auteur fait remarquer que, malgré les cas de Bateman, malgré les inoculations positives de Retzius, de Vidal, de Paterson, beaucoup de médecins, surtout en Allemagne, nient encore que le molluscum contagiosum soit contagieux. Voici les faits nouveaux qu'il apporte pour prouver la réalité de cette contagion.

En février 1883, il vint à New York Hospital une femme de 25 ans, pour se faire traiter d'un groupe de tumeurs molluscoïdes situées sur le côté droit du cou; il y en avait aussi quelques-unes disséminées sur le côté gauche. Elles avaient débuté sept mois auparavant à l'endroit du cou où sa petite fille posait la tête quand elle la portait; or, cette petite fille avait la même maladie. Le frère de cette enfant était également atteint de molluscum. Le Dr Bulkley inocula au bras gauche du Dr Allen, en deux points, un peu de la substance du molluscum et de la matière sébacée que la pression faisait s'écouler de l'orifice central de cette lésion. Après que l'irritation causée par l'inoculation eût été calmée, on vit se former à l'une des piqûres une petite papule qui grandit, prit une teinte rosée, sembla vouloir se développer pendant quelque temps,

puis disparut. L'auteur en fait une sorte d'inoculation positive avortée.

En mars 1886, il fut appelé en consultation pour une maladie de peau qui avait affecté près de cent enfants, dans un des asiles de New-York. Ils étaient atteints de la gale; mais, en les examinant, il remarqua un cas de molluscum, et, la maîtresse lui ayant dit que plusieurs petites filles avaient des boutons semblables, il fit une enquête et apprit qu'un an auparavant une petite fille, Polly H..., était entrée à l'institution, portant sur son visage plusieurs de ces boutons qu'on prit pour des verrues. Au bout de trois mois, on s'aperçut que non seulement les boutons de Polly avaient grandi et s'étaient multipliés, mais encore que plusieurs autres petites filles en étaient atteintes.

L'auteur put opérer 44 enfants et leur enleva 133 tumeurs de molluscum assez importantes, sans compter les minuscules; 51 sur les paupières et les régions voisines des yeux; 11 sur le nez; 11 sur les lèvres; 51 sur les autres parties de la face et du cou; 4 sur les mains; une sur la poitrine, le dos, le bras, le genou et la jambe.

Le Dr Allen a noté chez quelques-unes des enfants atteintes, la coïncidence des verrues ordinaires avec les tumeurs du molluscum. Il inocula au visage deux enfants avec la substance du molluscum, et il les choisit parmi celles qui avaient eu l'affection et qui, par conséquent, devaient être quelque peu prédisposées à la contracter; les inoculations furent négatives.

Trois mois environ plus tard, il revint à cette institution et trouva que vingt-huit des enfants traitées (par excision, grattage, expression des tumeurs, cautérisation au nitrate d'argent) étaient complètement guéries; quatre autres avaient quitté la pension en bon état; douze présentaient de nouveaux éléments de molluscum, aucun à l'endroit précis où se trouvaient les anciens. De plus, cinq nouvelles petites filles indemnes lors de la première visite, présentaient des tumeurs de molluscum.

Il pense que la constatation d'éléments de molluscum sur le bord rouge des lèvres est un argument des plus forts contre la théorie qui veut faire de cette affection une lésion des glandes sébacées; on ne peut non plus prétendre qu'elle prend toujours naissance dans les follicules pileux.

L. B.

VII. — L'auteur fait remarquer que nous ne connaissons encore, à l'heure actuelle, que fort peu de chose sur le développement et l'évolution du molluscum fibrosum. Il a eu la bonne fortune d'observer, pendant de longues années un malade qui en était atteint; il a eu de plus l'occasion d'étudier cette affection chez plusieurs autres personnes de sa famille et de ses amis; aussi se croit-il à même de donner à cet égard d'import-

tants renseignements. Voici l'observation sur laquelle repose son travail.

Jeune homme âgé de 23 ans, fort, robuste, ayant beaucoup d'embonpoint et jouissant d'une santé parfaite. Son père, sa mère, ses 4 frères et ses 6 sœurs n'ont aucune affection cutanée. L'auteur le vit, pour la première fois, en juin 1872. Il portait sur le corps des tumeurs et des saillies verruqueuses semblables à de petites bourses; elles étaient surtout nombreuses sur le dos, près de la ligne médiane, depuis un point situé au même niveau que l'ombilic jusqu'à la région fessière. Vers les parties latérales et antérieures du tronc, elles étaient plus clairsemées. Quelques-unes étaient situées sur le cuir chevelu, sur la partie inférieure du cou; on en trouvait jusqu'au milieu des cuisses.

On pouvait diviser en deux groupes les tumeurs que présentait le malade : les unes étaient des sortes d'excroissances charnues en forme de poche, de dimensions très variables, n'ayant tantôt que deux lignes, tantôt cinq huitièmes de pouce, tantôt même plus de diamètre, mais toujours arrondies ou ovalaires. Les autres étaient constituées par des saillies verruqueuses mamelonnées; elles étaient beaucoup plus nombreuses que les précédentes. Ces deux variétés de lésions étaient disséminées çà et là, sans la moindre régularité, sur les régions ci-dessus mentionnées. En observant avec le plus grand soin ce qui se passait chez ce malade, l'auteur put arriver aux conclusions suivantes :

La première phase du développement du fibroma molluscum est caractérisée par l'apparition d'un léger soulèvement des téguments, sous la forme d'une petite plaque arrondie ayant un quart de pouce ou même moins de diamètre, un peu convexe, et ne s'élevant guère à son point le plus saillant de plus d'une demi-ligne au-dessus du niveau du reste des téguments. Ces productions nouvelles sont tout d'abord très peu colorées, puis plusieurs deviennent rosées, et peuvent même prendre une teinte rougeâtre ou légèrement bleuâtre. Cette coloration n'est pas absolument limitée à la surface des productions morbides. Les tumeurs molluscoïdes à cette période, donnent au toucher une sensation de mollesse; à leur niveau, le bout du doigt déprime beaucoup plus facilement la peau qu'au niveau des parties saines. Lorsque la tumeur a acquis un diamètre d'un demi-pouce, par exemple, on peut, à son niveau, enfoncer graduellement et lentement l'extrémité de l'index, et l'on éprouve la même sensation que si les téguments étaient percés d'un trou. Il est indubitable que le derme s'amincit au niveau de la néoplasie. Depuis le moment où la tumeur devient visible, jusqu'à ce qu'elle ait atteint le volume d'une noix muscade, cet amincissement du derme est perceptible non seulement en prenant les téguments entre le pouce et l'index ou entre les mors d'une pince, mais encore en appuyant un stylet sur

la peau et en le retirant brusquement; on voit ainsi qu'il est beaucoup plus facile, avec cet instrument, de faire une dépression en ce point que sur les téguments voisins, et de plus la dépression formée s'efface beaucoup plus lentement. Lorsque les tumeurs molluscoïdes sont arrivées à leur complet développement, il est évident que leur tissu se continue avec les téguments. Cette fusion entre les éléments de nouvelle formation et la peau se produit de très bonne heure. Dans quelques cas, l'auteur a pu trouver, grâce à un examen plus attentif, quelques petites tumeurs sous-cutanées qu'il a vu ensuite contracter des adhérences avec le derme, puis faire saillie.

Lorsque les tumeurs ont atteint le volume d'un pouce environ, elles sont arrondies ou ovalaires, suivant la direction des faisceaux du tissu conjonctif sous-cutané de la région envahie, sur le dos elles sont le plus souvent arrondies, tandis que sur la partie latérale du tronc elles sont plutôt ovalaires, et leur axe a une certaine tendance à suivre la direction oblique des côtes. Quelle que soit sa forme, on peut dire qu'une tumeur a atteint son complet développement lorsqu'elle occupe une base d'un pouce de diamètre; cependant elle devient parfois plus volumineuse. Elle peut alors rester pendant longtemps stationnaire, ou bien elle peut augmenter lentement et prendre plus de dureté et de consistance. Dans quelques cas, lorsqu'elle a atteint son complet développement elle rétrocede graduellement, et est remplacée en dernier lieu par des productions verruqueuses et mamelonnées. Les études personnelles de l'auteur, et les travaux des autres observateurs montrent qu'en général, pour ne pas dire toujours, cette rétrocession des tumeurs de fibroma molluscum ne se produit que chez de jeunes sujets ayant moins de 20 ans. Chez ceux qui ont plus de 30 ans, il est tout à fait exceptionnel de voir survenir cette évolution.

Lorsque la tumeur a atteint d'assez fortes dimensions, sa forme peut subir certaines modifications. C'est ainsi qu'elle peut devenir plus large à sa base et prendre l'aspect d'une tumeur sessile; ou bien elle peut se développer, surtout dans sa partie saillante, devenir nettement pédiculée, et donner naissance à ce que les anciens auteurs appellent le *molluscum pendulum*. Enfin elle peut s'élargir considérablement, se réunir même à d'autres tumeurs voisines; le développement de ses parties saillantes se fait alors avec la plus grande rapidité, et elle arrive à constituer ces énormes replis cutanés auxquels on a donné le nom de *dermatolysis*.

Chez le jeune homme que le Dr Taylor a si souvent observé, les tumeurs de moyen volume, celles qu'on pouvait saisir entre le pouce et l'index donnaient au toucher la même sensation que si elles avaient contenu du vermicelle bouilli; le néoplasme était mou et gélatineux; il faut s'attendre

dans les cas semblables, soit à un développement rapide, soit à un affaïssement de la production morbide. Chez les personnes plus âgées, au contraire, les tumeurs ont une évolution plus lente et donnent au toucher une sensation de dureté, de résistance toute particulière; mais aussi étant plus fibreuses et ayant moins de tendance à prendre un grand développement, elles rétrocedent beaucoup plus rarement que les tumeurs molles des sujets jeunes, et peuvent être considérées comme permanentes. Lorsqu'on les enlève, on trouve qu'elles sont fermes, résistantes, composées de tissus fibreux, tandis que les tumeurs molles sont gélatineuses, collent au doigt, sont constituées d'un tissu connectif lâche, œdémateux, renfermant de nombreuses cellules.

Au niveau des tumeurs molles, les téguments peuvent avoir ou tout au moins semblent avoir leur épaisseur normale, tandis qu'au niveau des tumeurs anciennes et plus fermes, ils sont plus ou moins amincis et adhèrent au néoplasme. Lorsqu'une tumeur, après avoir acquis son développement, commence à subir un processus régressif, elle se pédiculise. Il semble que l'orifice par lequel la tumeur a fait hernie se rétrécisse de plus en plus par une sorte d'étranglement du pédicule. Il en résulte qu'il est de moins en moins facile de réduire la production morbide. En même temps la tumeur elle-même présente des signes assez nets de rétrocession. Tandis que le néoplasme faisait corps avec la peau, lorsqu'il était à son complet développement, il tend à s'en détacher, et il est possible de plisser légèrement les téguments au-dessus de la production morbide. Peu à peu celle-ci diminue dans tous ses diamètres, et elle arrive parfois à disparaître presque complètement, de telle sorte qu'il ne persiste plus qu'un tractus fibreux contenu dans une sorte de sac de peau flasque; il est facile de reconnaître que ce tractus fibreux se relie au tissu connectif sous-cutané. A mesure que le néoplasme disparaît, la peau qui le recouvre se ride, devient mollassse et pâlit. A ce moment le molluscum n'est plus à proprement parler une tumeur et il n'est pas encore devenu une excroissance verruqueuse. C'est là un stade de passage dans son évolution.

Puis le processus de régression continue. L'orifice du derme par lequel la tumeur avait fait hernie se resserre de plus en plus et finit par se combler; parfois même il persiste en ce point un fort léger épaississement de la peau, et bientôt il ne reste plus vestige du néoplasme. Il est probable que le tissu connectif nouveau qui le constituait a subi la dégénérescence graisseuse et s'est résorbé. Il serait fort intéressant de savoir si la constriction que subit le pédicule intervient pour quelque chose dans cette dégénérescence.

Pendant ce temps, l'enveloppe cutanée de la tumeur, qui est devenue une sorte de sac vide, se rétracte de plus en plus. Elle arrive parfois,

comme dans le cas du Dr Taylor, à n'être que de la grosseur d'une graine des canaries ou d'un grain de petit plomb. Les plus volumineuses de ces excroissances peuvent avoir, quand on exerce une traction sur elles, un demi-pouce de long et sont ridées, transparentes; lorsqu'on les laisse aller, elles se replient sur elles-mêmes et prennent l'aspect d'un grain de beauté pédiculé ou d'une excroissance verruqueuse. Quelques-unes restent en cet état et constituent des tumeurs de la grosseur d'un pois, la plupart continuent à subir un processus régressif et finissent par devenir de toutes petites saillies que l'on peut à peine saisir entre les ongles. Elles restent ensuite constamment en cet état. Elles ont une coloration rosée ou légèrement brunâtre, jamais celle de la peau saine.

Le laps de temps nécessaire à l'évolution de ces tumeurs est variable. D'ordinaire, chez les sujets jeunes, elles mettent de quatre mois à un an à atteindre leur entier développement. Mais à mesure que le malade avance en âge, elles évoluent beaucoup plus lentement. Chez le malade du Dr Taylor, plusieurs tumeurs, du volume d'un demi-pouce, mirent huit mois à rétrocéder; mais le malade affirma qu'il en avait vu plusieurs parcourir en un an leur évolution complète.

Bien que la grande majorité de ces tumeurs ait une existence limitée, plusieurs persistent; à mesure que le malade avance en âge, elles deviennent moins nombreuses, grossissent beaucoup moins vite et sont permanentes.

Le Dr Taylor termine son mémoire en faisant remarquer que les productions morbides auxquelles il donne, dans ce qui précède, le nom d'excroissances verruqueuses (*warty growths*) ne sont autre chose que ce que les divers auteurs désignent sous le nom d'acrochordon, weiche warzen, verrues charnues, molles, ecphyma mollusciforme, polypes du tissu cellulaire, soft warts, etc. . . Aussi croit-il que ces diverses lésions doivent avoir un développement identique à celui des fibroma molluscum, du moins dans les traits essentiels, qu'elles se forment dans l'utérus ou après la naissance. Dans la grande majorité des cas on ne peut, il est vrai, réussir à invaginer ces tumeurs tant est forte la constriction des téguments autour du pédicule. Parfois cependant on en trouve qui présentent une dépression centrale quand on exerce sur elles des tractions, ce qui tient à ce qu'il existe à leur centre un orifice dans les téguments, par lequel on peut introduire un stylet et invaginer la production morbide au-dessous du derme. Ce fait que Taylor a plusieurs fois observé semble prouver qu'elles ont pour origine première une hernie des téguments.

L'auteur essaye même d'étendre cette théorie au nævus mollusciforme et au nævus spilus.

L. B.

VIII. — Une femme de 35 ans, lymphatique, portait sur le sein droit une ulcération arrondie de l'étendue d'une pièce de deux francs, à fond inégal et recouvert d'une matière épaisse, bourbeuse, à bords légèrement décollés; cette ulcération remontait à quinze jours à peine, et avait succédé, raconte la malade, à une petite tumeur de la grosseur d'un noyau de cerise, de consistance un peu molle. La nature de cette ulcération était prouvée par l'existence, un peu au-dessus du sein droit, d'une papule arrondie de la grosseur d'un pois, présentant tous les caractères du *molluscum de Bateman*.

L'enfant de cette femme, qu'elle nourrissait, avait le visage couvert de petites tumeurs de *molluscum* et en portait jusque sur les lèvres.

La topographie des lésions chez les deux sujets montre bien la transmission de la maladie de l'un à l'autre et prouve une fois de plus la contagiosité de cette maladie, contagiosité niée encore par quelques auteurs.

GEORGES THIBIERGE.

IX. — L'auteur a eu l'occasion d'observer récemment deux enfants atteints d'ichthyose fœtale, l'un âgé de 4 ans et l'autre de 18 mois. Les parents sont jeunes, bien portants, mais mariés entre cousins. Rien dans les deux familles, ni maladies de la peau, ni affection héréditaire. Les deux enfants sont nés l'un quatre semaines, l'autre six semaines avant terme. Au moment de la naissance la maladie actuelle avait la même étendue que maintenant.

L. E..., 18 mois, paraît à peine avoir 6 mois. A part les cris provoqués par la faim, toutes les deux ou trois heures, et les grattages, il reste inerte dans son lit.

La peau, qui est atteinte dans toute son étendue, présente les caractères suivants : teinte normale nulle part, tégument externe partout en défurfuration, atrophique, en général flasque. Paupières en ectropion, conjonctives rouges, tuméfiées, recouvertes de pus. Cornées envahies par des taches leucomateuses. Les deux lèvres sont renversées en dehors, muqueuse rouge et tuméfiée. La peau de la face est très amincie et étroitement adhérente aux os sous-jacents; au premier abord, elle paraît très rétractée, mais en réalité elle forme des plis en plusieurs points et presque partout elle est mobile. Elle est partout recouverte de petites squames, çà et là de squames plus volumineuses, dont quelques-unes ont l'éclat du papier de soie. Nombreux petits abcès dermiques.

La peau des autres régions du corps présente les mêmes modifications à la surface et en général à un degré plus prononcé. La coloration de la face est plus foncée qu'à l'état normal, ailleurs la teinte varie du jaune sale au brun jaune. Partout il existe des squames plus ou moins grandes, rudes au toucher. Au niveau de la nuque et des fesses, il n'y a pas de squames; sur le dos, elles sont en petit nombre. En beaucoup de points, abcès cutanés plus ou moins volumineux, d'autres plus profonds dus évidemment au grattage.

Presque partout on peut faire des plis à la peau, comme si cette dernière était trop large pour son contenu.

Les membres sont plus ou moins fléchis, cependant on peut facilement les étendre, mais en provoquant une légère douleur. Les doigts et les orteils ne sont pas sensiblement modifiés ; les ongles sont tout à fait ternes, presque tous fortement convexes.

Des cils et des sourcils, il ne reste que des traces ; sur le cuir chevelu, quelques rares poils follets apparaissent après qu'on a détaché les squames ; sur les autres parties du corps, il n'y a de poils nulle part. L'anus presque au niveau des parties voisines est entouré de plis assez durs et larges. L'orifice du prépuce est largement ouvert comme celui de l'adulte. Les fontanelles sont fermées, pas de symptômes de rachitisme. Muscles peu développés, pannicule adipeux à peine marqué. Peau constamment sèche, pas de transpiration, même après des bains ou une abondante desquamation. Fonctions normales, sauf qu'il y a cécité et perte de l'ouïe presque complète.

G. E..., 4 ans. Chez cet enfant, les caractères ichthyosiques de la peau sont encore plus accusés. Toutefois, chez ce dernier, les cornées ne sont que partiellement opaques, ouïe assez bien conservée, intelligence passable. L'enfant ne marche pas, car outre les mêmes contractures que dans le cas précédent, il a du côté gauche un genu valgum très prononcé.

Le traitement, consistant en bains chauds et en frictions huileuses, n'a donné aucun résultat.

Ces deux cas présentent la plus grande analogie avec celui qu'a décrit récemment Behrend sous le nom d'atrophie idiopathique congénitale de la peau.

Le cas de Seligmann qui est presque identique à celui de Behrend, en diffère seulement en ce que la petite malade âgée de trois ans était grande et forte pour son âge.

L'examen microscopique a été fait sur un fragment de peau pris au niveau de l'abdomen. En faisant cette incision, on avait constaté que la peau malade était près de moitié plus mince que la peau saine d'une autre enfant, et que le pannicule adipeux était très réduit ; au microscope, ces différences étaient encore plus évidentes. Le derme n'est constitué que par un réseau à très larges mailles de fibres conjonctives faiblement développées et par un très petit nombre de fibres élastiques, aussi un bon quart de l'épaisseur réduite de la peau est-il formé par l'épiderme fortement développé. La couche cornée, le stratum lucidum et la couche épineuse comparés à celles de la peau normale sont très développés, la couche granuleuse présente à peu près l'épaisseur normale. Les cellules, spécialement celles du réseau de Malpighi, les cellules épineuses et les cellules cylindriques paraissent aussi normales dans la division de leur noyau. Les papilles n'offrent rien de pathologique ; si, en bon nombre de points, elles paraissent allongées par le fait de l'allongement des prolongements interpapillaires du réseau, il leur manque en tout cas les ramifications arborescentes dentelées. Le derme pauvre en vaisseaux est atro-

phié; nulle part on ne trouve de glandes sébacées; quelques rares follicules pileux avec poils follets; aucune trace des muscles érecteurs des poils et des autres muscles lisses du chorion; par contre, les glandes sudoripares sont très développées et paraissent plus nombreuses que sur la peau normale.

L'ichthyose intra-utérine et l'ichthyose héréditaire habituelle, qui le plus souvent ne se manifeste que vers l'âge de deux ans, sont-elles identiques? L'auteur fait d'abord remarquer que dans l'ichthyose vulgaire on ne trouve pas toujours la preuve de l'hérédité, contrairement à l'affirmation de Hardy. D'autre part, dans l'ichthyose fœtale, on a vu plusieurs fois où les enfants de mêmes parents avaient cette maladie; il en était ainsi dans les cas d'Okel et dans celui décrit plus haut. Dans le cas rapporté par Behrend, un autre enfant des mêmes parents avait également la même affection. La différence la plus saillante consiste dans le renversement des paupières et des lèvres, l'atrophie de l'oreille et du nez, la déformation de l'anus, des orifices génitaux, des membres, altérations qui n'ont pas d'analogues dans les autres cas.

Dans l'observation de Lang qui a été analysée dans un des précédents numéros des *Annales*, les deux enfants étaient venus au monde bien portants et ce ne fut qu'au bout de plusieurs semaines que l'on vit apparaître les lésions qui caractérisent l'ichthyose congénitale. Ce cas est donc intermédiaire à ceux d'ichthyose ordinaire; ces deux groupes présentent du reste plusieurs variétés suivant l'intensité de la maladie.

Or, si on recherche le principal critérium de l'homogénéité, la lésion anatomo-pathologique, on ne doit pas exiger d'une manière trop rigoureuse le retour exact de la même forme. Nous voyons même dans cette dermatose, en apparence si uniforme, des différences dans des symptômes qui sont presque pathognomoniques. Ainsi dans les cas remarquables d'Auspitz, celui de Büchner-Luschka, ceux de Thost, etc., le début de l'affection de la peau est noté immédiatement après la naissance; ainsi dans la sécheresse de la peau privée de toute sécrétion sudorale (beaucoup de cas de Thost avaient de l'hyperhidrose, surtout au niveau des parties ichthyosiques; chez l'ainé des enfants observés par Lang, la sueur apparaissait en grosses gouttes). Il n'y a donc rien d'étonnant si les lésions anatomiques ne sont pas tout à fait identiques. La description de la peau ichthyosique par Esoff a obtenu beaucoup de succès, car elle a été reproduite par Auspitz (voir sa classification des maladies de la peau), par Hans Hebra, par Lesser, etc... Kaposi l'a rejetée: Esoff, dit-il, a examiné un cas d'ichthyose acquise survenue sur la peau de la jambe atteinte d'inflammation chronique et a tout simplement confondu cette altération acquise avec l'ichthyose héréditaire vraie. En effet, on n'a qu'à lire l'original pour se convaincre qu'il est

douteux qu'il s'agissait d'une ichthyose héréditaire. Ésoff enleva un morceau de peau du cadavre d'un homme de 46 ans sur lequel on ne possédait aucuns renseignements ; quelques points circonscrits des jambes présentaient la disposition en échiquier, qui est bien connue, que l'on rencontre d'ailleurs très rarement dans l'ichthyose héréditaire. L'ignorance de la nature et de la durée de la maladie chez ce sujet ne permet pas de décider s'il n'y avait pas eu antérieurement de phénomènes inflammatoires et néoplasiques ; d'autre part, on constatait des soudures de la peau malade et des pigmentations dans les parties adjacentes.

Kaposi n'a pas trouvé dans les formes légères l'hypertrophie des papilles ni celle de l'épiderme, cependant le passage brusque des cellules du réseau dans la couche cornée et une abondance énorme de substance cimentaire (Kittsubstanz) entre elles le frappèrent. Cette quantité lui parut encore plus marquée dans l'ichthyose hystrix. Car, tandis qu'il voyait dans les autres kératoses papillaires, par exemple dans les verrues acuminées, correspondre à une couche cornée considérable un réseau encore plus considérable et en prolifération active, il trouvait dans l'ichthyose hystrix une couche cornée énorme sur un réseau aminci, pauvre en sucs, presque atrophié ; les papilles étaient, en outre, considérablement allongées.

Boegehold s'exprime absolument dans le même sens ; il ne trouva, outre deux rangées de cellules rondes contenant des noyaux sur les papilles allongées, que des cellules kératinisées dans la couche cornée qui était énorme.

Thost arrive à d'autres conclusions dans ses observations cliniques. On n'a pu établir d'une manière positive l'hérédité dans l'ichthyose cornée que pour quatre générations, dans 17 cas ; le début de la maladie dans les premières semaines après la naissance ; l'aggravation graduelle jusqu'à la formation complète vers 14 ans — l'hyperhidrose principalement sur les régions malades de la peau ; sous la couche cornée épaissie, les couches du réseau étaient toutes bien développées, le derme était plus épais qu'à l'état normal, les papilles très volumineuses, du reste comme dans presque toutes les observations, amincies, nulle part ramifiées.

Ces données complètent la concordance qui existe entre l'ichthyose héréditaire et l'ichthyose fœtale ; dans les deux affections, c'est bien la même hyperkératose, ainsi que cela a été établi si clairement par Auspitz. Les différences d'épaisseur des couches de Malpighi ne sauraient, selon Caspary, infirmer cette manière de voir. Il voudrait aussi conserver l'ancien nom d'ichthyose (en opposition à celui de kératome diffus de Lebert et de Kyber), car il est immédiatement compris de tout le monde ; il serait seulement regrettable que l'on décrivit encore sous

cette même dénomination l'ichthyose acquise et les différentes variétés d'ichthyose sébacée (Hebra-Kaposi, Rayer-Ziegler). A. DOYON.

X. — Au commencement de cette année, l'auteur a eu l'occasion d'observer un garçon de quatre ans dont toute la peau, à l'exception de la paume des mains, était recouverte de larges squames et présentait l'aspect de l'ichthyose nitida. Ce cas est tout à fait analogue à celui rapporté par Caspary ; sur un seul point de la peau de la nuque, il y avait quelques squames plus petites, comme dans l'ichthyose vulgaire ; pas d'altérations de la cornée.

Les parents sont jeunes, pas de consanguinité ni de maladies de la peau dans la famille.

Les parents attribuaient la maladie de leur enfant, né à terme, à une friction faite par erreur avec de l'huile phéniquée, au moment de sa naissance. La peau devint d'un rouge uniforme et peu de jours après elle était le siège d'une abondante desquamation, qui persiste depuis ce moment. Mais, trois ans plus tard, ils furent édifiés par la naissance, à 8 mois, d'une fille chez laquelle l'accoucheur constata immédiatement que la peau de l'enfant présentait les mêmes lésions que l'autre ; elle était rouge et tendre, et quelques jours après la desquamation apparaissait.

Munnich vit, le 20 janvier, cette fille âgée de 9 mois ; mieux portante que son frère, elle présentait exactement le même aspect. Décrire l'état de ces deux malades serait reproduire en quelque sorte mot à mot la description de Caspary. Il suffira de noter les points suivants : le coussinet graisseux manque presque complètement ; le cuir chevelu était entièrement recouvert de squames ; paupières en léger ectropion, entourées d'un liséré rouge ; nez petit ; lèvres renversées en dehors ; oreilles petites et rétractées ; la peau du dos traversée de lignes pigmentées foncées qui, par leur entrecroisement forment des compartiments de 1 cent. 5. Ni pustules ni abcès ; sécrétion sudorale abondante.

La fille est allaitée par la mère, le coussinet graisseux est encore assez prononcé ; cuir chevelu recouvert de cheveux et de croûtes rares et minces ; l'ectropion est moins accusé. Les squames sont les mêmes que chez le garçon.

L'application de la pommade de Lassar avec 1 0/0 d'acide salicylique a, dans ces cas, une action palliative préférable aux onctions huileuses.

A. DOYON.

XI. — Pfitzner a décrit (*Morphol. Jahrb.*, tome VII, p. 726) les filets nerveux sans moelle des larves de la grenouille et de la salamandre, qui toujours pénètrent par deux dans une cellule épineuse et se terminent

par un renflement arrondi dans le protoplasma à côté du noyau. Il ajoute que, même chez l'homme, chaque cellule du stratum muqueux serait munie de deux terminaisons nerveuses intra-cellulaires, mais que ses préparations ne sont pas assez parfaites pour faire disparaître toute espèce de doute.

A l'occasion de l'étude de quelques questions relatives à la peau, Unna a trouvé par hasard une méthode qui montre avec une grande netteté ces terminaisons de Pfitzner comme étant le mode normal de terminaison des nerfs dans l'épiderme de la peau humaine. Après avoir dégraissé des morceaux d'épiderme fraîchement enlevés par l'emploi successif du spray d'éther, puis d'un mélange d'éther et d'alcool pour examiner l'action de l'acide osmique sur la couche cornée privée de graisse, il trouva sur chacune des coupes qui avaient été traitées pendant quelques heures par de l'acide osmique à 1/2 0/0, toutes les cellules épineuses munies de deux filets nerveux sans moelle, légèrement noircis par l'osmium, qui, venant de côtés divers, aboutissaient régulièrement au noyau sans toutefois y entrer et sans venir en contact l'un avec l'autre.

Après avoir étudié ces renflements nerveux terminaux intra-cellulaires et disposés par couples sur des préparations dégraissées, Unna a pu les reconnaître aussi sur des préparations ordinaires à l'acide osmique, en faisant agir le réactif longtemps et d'une manière intense, et en faisant des coupes assez fines pour obtenir la transparence. Il a pu aussi les observer très nettement sur de simples préparations à l'alcool après coloration par l'hématoxyline et clarification du protoplasma par le vinaigre glacial. Les préparations faites avec les solutions auriques ne donnent pas de bons résultats.

Il ressort de l'étude des préparations à l'acide osmique après dégraissage que les indications relatives à la pénétration de filaments nerveux sans moelle entre les cellules épineuses étaient exactes.

Le fin réseau nerveux sans moelle, qui se ramifie entre le réseau à moelle superficiel et l'épithélium, pénètre dans ce dernier par de nombreux filaments en passant par les intervalles inter-épineux, les espaces à contenu lymphatique de l'épithélium, sans jamais traverser les cellules; il envoie des filaments à toutes les cellules épineuses, dont ils traversent le protoplasma pour se terminer entre ce dernier et le noyau, plus rarement avant d'atteindre le noyau, par des renflements sphériques ou ovales. Jamais une fibre terminale n'entre dans le noyau lui-même, et jamais deux fibres terminales qui entrent dans une cellule ne proviennent d'une même branche, mais toujours deux branches différentes donnent à une cellule deux fibres terminales venant en général de côtés différents.

Ces terminaisons nerveuses se voient plus nettement après traitement des préparations par les substances clarifiantes, surtout par le vinaigre glacial. Les renflements terminaux ne paraissent pas composés exactement des mêmes éléments que les filaments, car, après un traitement énergique par le vinaigre glacial, les renflements terminaux se gonflent, deviennent plus pâles et l'on distingue un globule clair, auquel aboutit le fil noirci par une extrémité évasée également noire.

Dans la couche épithéliale de la peau, l'auteur a constaté jusqu'ici la présence de ces terminaisons nerveuses : dans toute la couche épineuse jusque dans la couche des noyaux (Körnerschicht), mais non dans la couche cornée ; puis dans toute la longueur des glandes glomérules, aussi bien dans le canal d'excrétion que dans les glomérules eux-mêmes où l'on n'avait encore suivi jusqu'ici aucun nerf dans les cellules ; enfin dans toute l'étendue de l'enveloppe externe de la racine des cheveux.

En dehors des renflements terminaux qui se trouvent à l'intérieur des cellules, on en trouve quelques-uns entre les cellules épineuses, mais la règle c'est la terminaison intra-cellulaire.

L'auteur termine en critiquant les travaux de Ranvier au sujet de ces terminaisons. Sur des préparations au chlorure d'or, Ranvier aurait confondu les voies lymphatiques, situées entre les cellules cornées, avec des filaments nerveux.

A. DOYON.

XII. — Il s'agit d'un prurit dont on ne parvient pas en général à découvrir la cause locale, ou qui persiste quand celle-ci a été écartée, et en particulier de formes atteignant exclusivement les grandes lèvres et le mont de Vénus, avec peu ou pas d'extension à la muqueuse et sans modifications appréciables de la peau. L'auteur publie les trois observations suivantes qu'il a communiquées, en 1883, à la Société d'obstétrique de Hambourg. Dans ces trois cas, le prurit existait surtout au niveau du côté externe des parties génitales avec disparition tout à fait marquée (dans le cas 1 avec absence même) de démangeaison sur la muqueuse vulvaire.

Cas I. — Femme de 44 ans, bien portante, mère de 4 enfants. Elle se plaint (sept. 1882) d'un prurit très pénible au niveau de la grande lèvre droite jusqu'à la limite supérieure du mont de Vénus. Rien du côté gauche. Les organes génitaux ne présentent rien d'anormal, pas de catarrhe, ni de diabète, urines normales. Par contre, il existe un paquet de veines variqueuses sur la grande lèvre droite ; ces varices s'étendent en haut et en bas. A leur niveau, la peau est mince, ridée, atrophiée ; les poils du côté droit sont peu nombreux, entièrement gris, ceux du reste de la région génitale sont abondants, blond foncé.

Notons encore que cette femme n'était pas hystérique, mais avait un tempérament très tranquille, non nerveux. Actuellement la ménopause date de

45 mois, le prurit est moindre, les veines moins saillantes et on peut espérer une guérison spontanée.

Cas II. — Femme de 25 ans; en juillet 1882, elle s'est présentée pour se faire soigner d'un prurit violent de la vulve, également du côté droit. Le prurit a uniquement pour siège l'épiderme, peu et rarement (au moment des époques et après le coït) la muqueuse. Pertes blanches vaginales et utérines, endométrite et vaginite (blennorragique?). En outre à la partie inférieure du vagin, cicatrices dures, calleuses, à la suite d'un premier accouchement (forceps). Une de ces cicatrices se continue dans le tissu conjonctif sous-cutané et de là la vulve; elle est très sensible surtout à droite. La petite lèvre et la grande lèvre du côté droit sont plus plates et plus flasques que du côté opposé. A droite, poils peu abondants, ténus; à gauche, au contraire, abondants et épais. De tous les médicaments, l'arsenic a seul paru être utile. Peu de temps après, la malade devint enceinte; en peu de semaines, le prurit disparut. Quatre à cinq semaines après l'accouchement, les démangeaisons reparurent plus vives qu'auparavant, malgré l'arsenic. Nouvelle grossesse; après ce deuxième accouchement, la malade se décida à nourrir l'enfant, le prurit n'est pas revenu, malgré la persistance de l'atrophie cutanée.

Cas III. — Ce cas concerne une femme de 23 ans atteinte de pertes blanches et de prurit (au commencement de 1883). Six mois après une blennorragie, il est survenu des démangeaisons qui se sont rapidement étendues à toute la vulve, interne et externe. Tous les poils des parties génitales sont complètement blanc gris, bien que la malade soit très brune; pas de modification du côté de la peau. Cet état existe depuis trois mois. Amélioration lente (9 mois) sous l'influence des lotions de chloral. Au dire du mari, ce serait à la suite de frictions énergiques d'onguent gris qu'il aurait observé ce changement dans la coloration des poils.

Dans le premier cas, on peut regarder les nodosités variqueuses comme la cause, quant à l'atrophie présénile de la peau et à la modification dans la couleur et la nature des poils, on peut les rapporter aux mêmes facteurs. Cela viendrait à l'appui de l'explication du prurit sénil par l'atrophie simultanée de la peau. Mais il resterait à expliquer pourquoi cette atrophie est accompagnée dans certains cas de fortes démangeaisons, et dans d'autres, non.

De même le deuxième cas serait dû à une inflammation ayant pénétré profondément le tissu sous-cutané de la vulve à la suite de déchirures du vagin, et travail consécutif de cicatrisation. Ici aussi l'atrophie de la peau s'accompagnait d'altérations fonctionnelles d'une partie des follicules pileux. Le succès d'une cure arsenicale et la disparition à deux reprises du prurit au moment de la grossesse ne peuvent se rattacher qu'à la maladie trophique locale de la peau. Mais comment expliquer l'altération des follicules pileux et le prurit qui s'étendaient bien au delà de la cicatrice, à toute la grande lèvre du côté droit et jusqu'à la limite supérieure du mont de Vénus. Ce qu'il y a encore de plus remarquable, c'est qu'après le deuxième accouchement, la femme ayant nourri l'enfant, le prurit n'a pas reparu bien que l'atrophie locale

subsistât. Il est donc probable que la cause déterminante du prurit ne doit pas être cherchée dans des modifications locales des nerfs sensibles de la peau, ou du moins uniquement dans ces modifications.

Le troisième cas conduit à des réflexions analogues. Ici la décoloration des poils est le seul signe de l'atrophie cutanée, et le prurit est antérieur à cette décoloration. Une blennorrhagie très forte qui s'était étendue jusqu'aux trompes doit être la cause à la fois du prurit et de la décoloration des poils. Dans ce cas, une irritation pathologique aurait provoqué les démangeaisons, tandis que dans le deuxième cas une irritation physiologique, la lactation, les aurait supprimées.

L'auteur classe ces cas, même le troisième, au nombre des atrophies préséniles de la peau, parmi les dermatoses dues à une affection des éléments nerveux sensibles. Il en est du prurit de la peau comme du prurit génital des muqueuses ; des irritations de nature très diverse qui, en d'autres régions, amènent une sensation de brûlure, piquûre, etc., se caractérisent sur les parties génitales par des démangeaisons. On observe parfois de violentes dermatoses de la vulve et du vagin sans prurit, et d'autres fois de fortes démangeaisons sans lésions locales. Il en résulte qu'il faut chercher la cause de ce symptôme dans une irritation des nerfs sensibles, parfois très éloignée de sa localisation phérérique. Cela est vrai surtout du prurit de la peau et de celui qui est si énergiquement influencé par les processus fonctionnels de l'appareil génital, tels que ceux des cas ci-dessus. On s'explique ainsi l'impuissance si fréquente des applications locales. Il est probable que, suivant les cas, on obtiendrait un meilleur résultat par une médication interne ou en s'adressant aux causes.

A. DOTON.

XIII. — Les recherches les plus récentes ont montré que l'ostéomyélite aiguë (typhus des membres de Chassaignac, périostite phlegmoneuse diffuse, ostéite épiphysaire) était déterminée par le staphylococcus pyogenes aureus, qui se retrouve dans la plupart des suppurations aiguës, et n'est, par conséquent, pas un microbe spécifique. Quelques faits publiés dans ces derniers temps ont montré que cette ostéomyélite se développait assez souvent après une éruption furonculaire plus ou moins grave (Desplats, Kraske). M. Voituriez rapporte deux nouvelles observations semblables. Rappelant les expériences de Garri, qui a pu, par frottement simple avec du pus d'ostéomyélite, déterminer sur son propre bras une éruption furonculaire, les faits de M. Lannelongue qui, dans presque tous les cas d'ostéomyélite, a rencontré à la surface de la peau ou des muqueuses une ou plusieurs solutions de continuité, il conclut que le furoncle peut être la porte d'entrée du microbe pathogène de l'ostéomyélite : celle-ci survient en général une quinzaine de jours après l'apparition du furoncle.

Ces faits viennent s'ajouter aux faits déjà connus de lésions rénales, d'endocardites, etc., consécutives à des affections ulcéreuses ou suppuratives de la peau : ils ouvrent une nouvelle voie de recherches sur les infections d'origine cutanée et montrent à nouveau quelle importance il faut attacher au traitement antiseptique et à la curation rapide des dermatoses ulcéreuses et des furoncles en particulier. GEORGES THIBERGE.

XIV. — M. Cénas rapporte l'intéressante observation d'un malade qui présentait un œdème très dur du membre inférieur droit, accompagné d'un état général grave caractérisé notamment par une fièvre intense, continue, de la sécheresse de la langue, des épistaxis, des selles sanglantes, du délire. Cet œdème gagna progressivement toute la surface antérieure du membre, déterminant à chaque poussée nouvelle une notable élévation de la courbe thermique ; finalement, il se produisit une petite collection purulente superficielle au niveau de la paroi abdominale. Le début avait été marqué par une éruption d'érythème polymorphe fugace.

A cette observation, il joint celles de cinq autres malades atteints d'érythème polymorphe accompagné d'œdème présentant les caractères de l'œdème dit rhumatismal essentiel ou de l'œdème pseudo-phlegmoneux.

De ces faits, il conclut que l'anasarque est souvent le symptôme prédominant dans l'érythème polymorphe, que cette anasarque est d'origine infectieuse et déterminée probablement par des névrites périphériques infectieuses ; qu'elle s'accompagne quelquefois de troubles nerveux du côté du cœur, de la respiration, ou des viscères abdominaux qui reconnaissent la même origine ; qu'elle présente les caractères cliniques de l'œdème rhumatismal ; plusieurs observations, rangées jusqu'à ce jour dans le cadre des œdèmes rhumatismaux, doivent en être distraites et être réunies à la catégorie des œdèmes liés à un état infectieux, ainsi que certains cas de pseudo-lipomes sus-claviculaires.

L'éruption polymorphe peut manquer ; le pronostic est extrêmement grave. Le sulfate de quinine, le salicylate de soude, l'antipyrine, les purgatifs et les diurétiques n'ont pas d'influence sur la marche de l'affection.

GEORGES THIBERGE.

XV. — Contrairement à l'opinion de A. Trousseau (*Annales de dermatologie*, mai 1886), l'auteur pense que la conjonctivite chrysophanique dépend de l'irritation locale de la conjonctive par l'acide chrysophanique, d'un simple contact, et non d'une action générale de cette substance résorbée au point d'application. Il rapporte à l'appui de son dire l'observation d'une femme atteinte d'eczéma des mains, qui fut prise de conjonctivite pendant un premier traitement par l'acide chrysophanique, après s'être

probablement frotté les yeux avec les mains au moment du réveil, et qui, lors d'une récurrence de son eczéma, n'eut pas de manifestations oculaires, grâce à la précaution qu'on lui fit prendre de n'appliquer la pommade que le soir et de se recouvrir ensuite les mains de gants de peau. Pour lui, la conjonctivite chrysophanique peut présenter des degrés très différents depuis la rougeur avec sécheresse de la muqueuse jusqu'à la conjonctivite muco-purulente ou même purulente, suivant la quantité de substance médicamenteuse mise en contact avec la conjonctive.

GEORGES THIBIERGE.

XVI. — Les lépreux de toute la province d'Hanoï sont réunis dans deux villages situés à deux kilomètres environ de la ville et de la concession française : rien ne dénote l'affectation de ces deux villages qui constituent des léproseries destinées à réunir les malades qui doivent recevoir des secours plutôt qu'être isolés ; leur internement est loin d'être complet, l'entrée de la ville ne leur est pas interdite et parmi eux vivent dans les léproseries un bon nombre d'individus sains. D'ailleurs, dans le pays, la lèpre ne passe pas pour contagieuse, mais seulement pour héréditaire.

Les premières manifestations apparaissent vers l'âge de 10 ans ; elles sont surtout nombreuses de 15 à 30 ans. La lèpre abrège sans doute l'existence, car il n'y a pas de vieillards dans les villages de lépreux.

L'étiologie est obscure : on ne voit guère à incriminer que le poisson salé qui entre pour une grosse part dans l'alimentation du peuple, quoique cette alimentation soit variée ; peut-être aussi pourrait-on accuser le vêtement qui est trop léger pour garantir du froid et de la pluie, et l'habitation qui est trop sombre, trop humide, pas assez aérée.

Les manifestations de la lèpre, observées à Hanoï, sont des taches cutanées, de l'épaississement de la peau aboutissant, mais seulement d'une manière exceptionnelle, à la formation de véritables tubercules, et donnant au visage l'apparence léonine ; d'autres fois, le visage prend un air vieillot sans modification de couleur de la peau ; il se produit parfois des ulcérations occupant surtout les jambes ou les pieds et affectant alors l'aspect du mal perforant ; les déformations qui se produisent peuvent être dues à des altérations musculaires ou à des troubles trophiques cutanés.

GEORGES THIBIERGE.

XVII. — Dans le cours d'expériences d'inoculation de la tuberculose, M. Arloing inocula à des lapins les tissus provenant de l'ablation d'une adénite cervicale ulcérée : aucun d'eux ne devint tuberculeux. Le sujet qui avait fourni la matière inoculée continua à bien se porter. Par contre, l'inoculation faite à des lapins et à des cobayes, avec les ganglions d'un sujet qui mourut de tuberculose aiguë, donna des résultats positifs.

Tels sont les faits qui ont été le point de départ des recherches ultérieures de M. Arloing. Ce savant expérimentateur a inoculé, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans le péritoine, à des lapins et à des cobayes, les produits de raclage des ganglions de quatre sujets manifestement et uniquement scrofuleux : 23 cobayes sur 24 présentaient des lésions tuberculeuses, 2 lapins sur 24 avaient seuls, et seulement au siège de l'inoculation, quelques amas de granulations jaunâtres, quelques-unes caséuses.

Ces résultats différents, suivant que l'inoculation a porté sur les lapins ou sur les cobayes, peuvent, dit M. Arloing, « recevoir deux interprétations : ou bien la scrofule est spécifiquement distincte de la tuberculose, ou bien la scrofule est simplement une tuberculose atténuée qui ne peut forcer la réceptivité du lapin, normalement plus faible que celle du cobaye, pour le virus tuberculeux. Actuellement, nous ne saurions nous prononcer catégoriquement pour l'une ou l'autre de ces solutions. Néanmoins, quelle que soit l'interprétation que l'on adopte, nos expériences prouvent nettement que les deux maladies ne doivent pas être confondues, car si leurs virus étaient semblables, ils se comporteraient de la même manière chez le cobaye et chez le lapin ».

Les résultats de l'inoculation peuvent servir au diagnostic différentiel de la scrofule et des tuberculoses locales; M. Arloing rapporte, à l'appui de cette donnée, le fait suivant : ayant inoculé à des lapins et à des cobayes le suc de ganglions que la clinique l'autorisait à regarder comme scrofuleux, il fut étonné de constater que les lapins étaient devenus tuberculeux, mais il ne tarda pas à apprendre que le sujet qui en était porteur avait succombé à une méningite tuberculeuse.

GEORGES THIBIERGE.

Le Gérant : G. MASSON.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRES.

I

IMPÉTIGO SYCOSIFORME DU POUCE ET DE LA FACE
DORSALE DE LA MAIN DROITE,Par le Professeur **A. PONCET** (de Lyon).

Au mois de décembre dernier, entré à l'Hôtel-Dieu, dans mon service, un malade porteur d'une affection de la main droite d'apparence bizarre; je veux dire par là que cette maladie cutanée ne ressemblait en rien aux lésions diverses que l'on a coutume d'y rencontrer. Le diagnostic n'était pas sans présenter quelque incertitude, et si j'ai cru devoir me rattacher à celui d'impétigo sycosiforme, c'est que les caractères cliniques de l'éruption militaient en faveur d'une telle hypothèse, et que le début, la marche des accidents inflammatoires, laissaient supposer une affection de nature parasitaire.

En parcourant les diverses monographies où il est question de la main et de sa pathologie, je n'ai rien trouvé qui pût être nettement rapproché de cette lésion cutanée; peut-être devrais-je faire exception pour la péri-folliculite conglomérée, dont M. Leloir a signalé, à la Société anatomique (mai 1884), une forme particulière, siégeant sur le dos de la main, du poignet et de l'avant-bras; mais il s'agit là d'une affection encore mal connue, probablement d'origine microbienne, et mon observation ne peut avoir d'autre prétention que d'appeler l'attention des chirurgiens et des dermatologistes sur une variété particulière d'ulcération de la main. En pareil cas chaque fait porte avec lui son enseignement, une observation de ce genre doit être publiée isolément; attendre, en effet, d'autres observations semblables, serait s'exposer à laisser dans l'oubli une histoire pathologique qui n'est pas sans intérêt.

Joseph B..., âgé de 58 ans, exerçant la profession de journalier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 91, le 28 décembre 1886. Cet homme ne présente aucune tare, il n'a jamais eu d'affections cutanées; sa santé a

toujours été excellente et rien chez lui ne peut laisser supposer la syphilis. Il y a deux mois, à la suite d'une chute sur la main droite, il eut très probablement une entorse de l'articulation trapézo-métacarpienne correspondante, et présenta tous les signes d'une arthrite traumatique : douleur, gonflement, impotence fonctionnelle. Suivant le conseil d'un voisin, il appliqua sur la région malade une sangsue gardée depuis longtemps dans la famille de ce dernier et qui, sous le nom de *sangsue de famille*, avait déjà servi dans plusieurs circonstances. L'effet immédiat d'une pareille médication fut, paraît-il, assez heureux, mais la petite plaie produite par l'animal, lente à se fermer, devint par la suite le point de départ d'une ulcération étendue, qui a nécessité son entrée à l'hôpital. La lésion cutanée s'étendit progressivement; elle avait, au dire du malade, marché plus rapidement à la suite d'applications répétées de teinture d'iode. Il n'a jamais éprouvé de démangeaisons, de douleurs à ce niveau, mais il ressentait de temps à autre une légère sensation de prurit, survenant de préférence la nuit. L'ulcération, qui occupe toute la peau du premier espace interosseux sur la face dorsale de la main, s'étend en bas jusqu'au milieu de la première phalange du pouce, en haut jusqu'à l'apophyse styloïde du radius; irrégulière dans sa forme, elle présente des bords nettement délimités, assez généralement curvilignes. Sa surface est recouverte de croûtes brunes, jaunâtres par places, dissimulant de petits foyers purulents; elle est rugueuse, inégale, mamelonnée en certains endroits, boursouflée, elle saigne facilement, surtout si on cherche à soulever les croûtes assez épaisses qui la tapissent sur une assez grande étendue. On n'aperçoit, à la surface de l'ulcère, aucune trace de poils et cependant les follicules pileux et les glandes sébacées paraissent plus spécialement atteints; à la pression, on fait sourdre un pus épais et crémeux, il semble que l'on vide ainsi des culs-de-sac glandulaires distendus. La lésion est bien circonscrite; nulle part, au pourtour, de pustules, d'éruption cutanée, les bords de même niveau que l'ulcération sont légèrement indurés; elle paraît occuper seulement le derme qui glisse aisément sur les tissus sous-jacents; le squelette et les articulations voisines sont indemnes.

Rien du côté des ganglions épitrochléens et axillaires, nulle part ailleurs de manifestation cutanée quelconque; la face, le cuir chevelu, la main opposée ne présentent aucune trace d'affection semblable.

Le diagnostic pouvait être hésitant entre diverses lésions cutanées, mais en procédant par exclusion et en cherchant dans les caractères morphologiques de l'ulcération une définition clinique, celui d'impétigo sycosiforme, qui éveillait l'idée d'une affection parasitaire, m'a paru le plus rationnel. On ne pouvait songer à la syphilis, le malade n'ayant jamais eu aucune manifestation spécifique et rien dans ses antécédents, dans l'état antérieur de sa santé ne permettait de lui attribuer une telle maladie.

Devait-on songer à une ulcération tuberculeuse? Certainement, mais pour écarter aussitôt un tel diagnostic.

La tuberculose cutanée primitive, en effet, marche toujours de pair avec des lésions viscérales, la peau est un mauvais terrain pour la tuberculose, le bacille n'y germe que lorsqu'il a déjà élu domicile dans

d'autres organes; ce fait, tout au moins, me semble résulter des quelques observations publiées de tuberculose de la peau et des deux cas que j'ai eu l'occasion de suivre dans mon service. Chez une de mes malades, portant des ulcérations tuberculeuses de la main et des doigts, il existait aux deux sommets d'énormes cavernes; et chez un homme, en pleine suppuration pulmonaire, des tubercules du bord libre de la lèvre inférieure et de la peau du menton étaient survenus secondairement. Joseph R... était indemne de toute tuberculose viscérale, et si l'on ajoute que son ulcération n'avait aucun des caractères d'un ulcère tuberculeux, ordinairement douloureux, excavé, d'étendue beaucoup moindre, à marche rapide, on ne s'arrêtera à un tel diagnostic que pour le rejeter. Quant à l'épithéliome bien connu dans une telle région, il se présente également avec d'autres caractères. Les bords en sont durs, infiltrés d'éléments épithéliaux; la surface ulcérée, sanieuse, creusée en certains endroits par destruction, élimination partielle des boyaux d'épithélium, bourgeonne sur d'autres points, sans se recouvrir de croûtes épaisses, sans former ces petits abcès tubéreux sur lesquels j'ai insisté. Ce n'est pas en deux mois, d'autre part, qu'un ulcère épithélial eût pu s'étendre ainsi et cela sans amener d'infection ganglionnaire.

Parmi les diverses affections englobées sans le qualificatif de dartreuses, aucune, en dehors de l'impétigo sycosiforme, dénommé encore folliculite, adénotrichie, ne me paraissait devoir être prise en considération; les caractères de l'éruption étaient assez tranchés pour que l'on repoussât d'emblée telle ou telle variété de maladie de la peau. Restait la question du siège de l'ulcération qui, si elle eût occupé le pubis, la face surtout, n'aurait laissé aucun doute, quant au diagnostic de sycosis parasitaire; mais si l'on tient compte que chez l'homme il existe sur la face dorsale des mains de nombreux follicules pileux, qu'on en rencontrait d'abondants sur la main gauche du malade et que ce n'est point trop présumer que de supposer qu'il en existait tout autant à droite quoiqu'on ne trouve plus aucune trace de poils au niveau de l'ulcération, on reconnaîtra que le terrain, quoique exceptionnel, était cependant favorable au développement d'une affection sycosique.

Pendant les premiers jours que le malade passa à l'hôpital, on maintint sur l'ulcération des cataplasmes arrosés de la solution de sublimé à 4/1000 pour faire tomber les croûtes, l'ulcère plus ou moins granuleux fut alors saupoudré d'iodoforme et pansé antiseptiquement. Au bout de quelques jours, aucune amélioration ne s'était produite; j'abrasai, j'enlevai avec la curette tous ces tissus enflammés et je cautérisai au fer rouge la surface cruentée. Le raclage fut laborieux, les tissus se détachaient mal (signe encore distinctif d'un ulcère cancéreux), ils criaient sous la curette, s'enlevant par lambeaux et non par fragments comme

dans l'épithéliome; je m'assurai que la destruction avait porté, suivant les points, sur une portion plus ou moins épaisse du derme, partout j'étais séparé du tissu cellulaire sous-cutané par une couche de tissu dermique.

La plaie qui avait saigné abondamment fut pansée avec la gaze iodoformée et la main immobilisée. Le premier pansement fut enlevé au bout de huit jours, la plaie était granuleuse, de bonne apparence; quelques jours après, l'épidermisation se faisait sur les bords et l'ulcération diminuait d'étendue. Au vingt et unième jour, j'examinai l'ulcération qui était restée un certain temps sans être pansée; vers l'angle inférieur, les bourgeons étaient durs, violacés sur la largeur d'une pièce d'un franc, il y avait, à n'en pas douter, une récurrence, une réinoculation s'était produite; je détruisis avec la curette les bourgeons malades et cautérisai énergiquement avec le crayon de nitrate d'argent; à partir de ce moment, la cicatrisation se fit sans aucun incident et, trente-deux jours après la première intervention chirurgicale, le malade quittait l'Hôtel-Dieu complètement guéri.

Les tissus enlevés par la curette ont été examinés par M. Bard, chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine.

Voici textuellement la note remise par le laboratoire :

La couche épithéliale est intacte, tout au plus présente-t-elle un peu d'hypertrophie des prolongements interpapillaires. Au-dessous de cet épithélium s'étend une couche épaisse qui a pris la place du derme et qui est constituée par des cellules embryonnaires très nombreuses du type conjonctif, présentant une lésion dégénératrice, accusée par des foyers qui prennent alors une coloration voisine du marron (picro-carmin). Il existe de plus un stroma conjonctif irrégulièrement distribué et à peine adulte. A la limite profonde, le tissu conjonctif devient très dense et très abondant, et la lésion s'arrête, presque enkystée de ce côté.

Tout à fait à la partie extrême (de la préparation), on trouve sur un point le tube enroulé d'une glande sudoripare intacte, la lésion serait donc survenue dans le derme lui-même.

Un second examen pratiqué sur les débris de la seconde intervention chirurgicale a donné des résultats identiques.

M. Bard insiste sur le caractère infectieux de l'inflammation, qui, pour lui, serait nettement de nature parasitaire, quoi qu'il n'ait pas été possible de trouver l'agent présumé de cette infection.

Cette étiologie est d'autant plus admissible, en dehors des caractères anatomiques de la lésion, que le point de départ paraît avoir été une effraction de l'épiderme, une véritable inoculation par une piqûre de sangsue, et que d'autre part, dans son accroissement rapide, dans sa marche extensive, dans sa récurrence sur place, l'ulcération présente le

caractère d'une maladie microbienne. La sangsue, suivant l'expression imagée du malade, était une *sangsue de famille*, c'est-à-dire une sorte de panacée vivante, prêtée de-ci de-là aux amis et connaissances pour les affections les plus diverses, et ce n'est point faire une hypothèse trop audacieuse que de supposer qu'elle ait auparavant piqué une peau infectée et transporté ainsi, chez notre malade, un microbe pathogène. La preuve d'une telle inoculation ne saurait être établie d'une façon positive, d'autant mieux qu'il serait peut-être difficile de trouver dans la littérature dermatologique des faits de ce genre, soit que l'attention n'ait pas été appelée sur ce mode de contagion, soit que, pour des raisons diverses, les conditions d'une semblable contamination se trouvent exceptionnellement réunies. Les cas d'infection locale par des mouches, des insectes, ne sont pas très rares, maintes fois le charbon a été inoculé de la sorte; et, par analogie, il est permis d'admettre qu'une sangsue a servi de véhicule à un germe pathogène. S'agit-il d'un micro-organisme spécial ou du tricophyton qui vaudrait à l'affection de Joseph B... le nom de tricophytie sycosique? Aucun signe ne peut, à cet égard, nous éclairer, des cultures n'ont pas été faites, et, dans les préparations histologiques, on n'a pas rencontré de microbes.

Ce résultat négatif n'exclut pas l'idée d'une maladie parasitaire: dans les cas anciens, alors surtout que les phénomènes inflammatoires ont eu une certaine intensité, la recherche du microbe est particulièrement difficile. Leloir, dans une forme particulière de périfolliculites agminées en plaques, dont les caractères, par certains côtés, se rapprochent de l'affection cutanée de mon malade, a signalé des bactéries siégeant de préférence au voisinage des vaisseaux, des follicules pileux et des glandes sudoripares ainsi que dans les cellules rondes qui infiltrent le derme, il les a également trouvés dans le sang recueilli au bout des doigts malades et dans la circulation générale. Ces micro-organismes sont encore mal connus et rien ne prouve qu'ils n'ont pas été introduits dans les tissus enflammés qu'ils n'ont pas pénétré dans les follicules pileux, une fois l'ulcération produite (1).

Dans l'impétigo sycosiforme occupant un autre siège que la face, la région cervicale, les pommades, les pansements irritants et autres seront insuffisants en raison du siège profond de l'affection. Le moyen le plus sûr et le plus expéditif de mener à bien une telle lésion, très probablement parasitaire, est d'abriter, comme je l'ai fait, avec une forte curette, bien tranchante, tous les tissus malades; une cautérisation au fer rouge des points douteux augmentera les chances de non-récidive. La plaie sera saupoudrée de poudre d'iodoforme, ou recouverte de

(1) *Les Bactéries*, Cornil et Babès. Paris, 1886.

tampons de gaze iodoformée maintenue par un pansement antiseptique.

Le premier pansement restera en place huit à dix jours ; passé ce temps, les pansements seront renouvelés plus fréquemment, tous les deux ou trois jours, de façon à modifier, si la chose est nécessaire, les bourgeons charnus, à prévenir immédiatement une récidive qui est à craindre et à diriger l'épidermisation.

Joseph B... est sorti de l'Hôtel-Dieu trois semaines après son opération, complètement guéri. Il a été revu un mois après son départ, la cicatrice était solide, non douloureuse, on ne constatait aucune récidive.

II

SUR L'ORIGINE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE DE LA KÉRATITE INTERSTITIELLE,

par le Dr **A. Trousseau.**

Ceci est une simple statistique destinée à élucider l'importante question, encore controversée, de l'origine de la kératite interstitielle. J'ai recueilli 40 observations de cette affection. Plusieurs ont été prises par moi-même et j'ai pu utilement poursuivre l'enquête : les autres ont été relevées dans les cartons de la clinique des Quinze-Vingts. Ces dernières ne me sont pas toutes personnelles. Je n'ai pas voulu les séparer des premières, et pour donner plus de valeur à cette petite étude, j'ai tenu à faire figurer, dans un même travail, ces diverses notes. Toutes sont inédites ; on pourra donc avantageusement les rapprocher de celles publiées, dans un même but, par d'autres auteurs, le Dr Parinaud, par exemple. Les faits n'ont pas été choisis ; j'ai utilisé toutes les observations à diagnostic précis mentionnant une recherche quelconque de l'origine de l'affection.

En étudiant de près ces 40 observations, on reconnaît facilement que, dans 37 d'entre elles, il existe des signes plus ou moins nets de syphilis héréditaire ; mais, tandis que dans un certain nombre (18), ces signes sont assez nombreux, assez précis pour forcer la conviction des ennemis même les plus acharnés de l'origine hérédo-syphilitique de la kératite, que dans d'autres (10), ils sont encore très nets pour des médecins rompus à la recherche de la diathèse ; dans un dernier ordre de faits (9), ils sont moins nombreux, moins convaincants, et pourraient ne pas paraître suffisants à tous les médecins.

Pour tenir compte de ces différences dans la précision et dans la facilité du diagnostic étiologique, pour satisfaire les amateurs de statistique rigoureuse, j'ai dressé 3 tableaux. Le premier (tabl. A) comprend les cas empreints d'une netteté lumineuse ; le deuxième (tabl. B) contient ceux qui sont très convaincants ; le troisième (tabl. C) ceux qui sont discutables. Dans un tableau accessoire, j'ai mentionné trois observations, dans lesquelles rien n'a pu être décidé en faveur d'une origine quelconque de la kératite. Je ne voudrais pas obliger le lecteur à parcourir le ré-

sumé des 40 observations pour avoir une idée du classement que j'ai adopté. Aussi citerai-je une observation de chaque tableau.

Tableau A, obs. I. — Jeanne L..., 7 ans, atteinte de kératite parenchymateuse, présente les dents vraies d'Hutchinson, le front bombé, le nez effondré, en un mot un aspect caractéristique. De plus, elle est sourde, a des hyperostoses tibiales et des ulcérations pharyngiennes. L'enquête m'apprend que la malade a eu des accidents très nets de syphilis infantile, et que sa mère a contracté la vérole quelques mois avant de la mettre au monde. Ici pas de doute sur l'origine de la lésion oculaire.

Tableau B, obs. I. — Emile G..., 9 ans, atteint d'éruptions non fébriles dans son enfance, suivant le dire de sa mère, qui croit bien avoir été contagionnée par son mari syphilitique, offre la proéminence spéciale du front, des érosions dentaires, des déviations tibiales outre la kératite, qui a encore ici bien des chances pour être syphilitique.

Tableau C., obs. VII. — Angelina L... a des érosions dentaires, a été atteinte de kératite de l'autre œil ; sa mère a eu 6 enfants ; en a perdu 4 en bas âge, a fait une fausse couche récente. Ici la vérole congénitale n'est que supposable.

Outre la question capitale de l'étiologie, ma statistique m'a fourni quelques renseignements qui, pour être secondaires, ne doivent pas être passés sous silence.

Ainsi, sur les 40 malades, j'ai trouvé 9 individus du sexe masculin et 31 du sexe féminin. C'est la prédominance ici très accentuée, déjà signalée par d'autres auteurs.

L'âge des patients a varié entre 3 et 25 ans ; le maximum de fréquence s'est rencontré entre 7 et 11 ans. La kératite parenchymateuse est donc bien une manifestation de la syphilis héréditaire *tardive*.

Parmi les signes accompagnant l'affection oculaire, les plus fréquents ont été les lésions dentaires (28 fois), et la polyléthalié des enfants ou les fausses couches chez la mère (18 fois).

Je ferai aussi remarquer que 21 fois la syphilis a pu être décelée par aveux ou signes indéniables chez l'un des parents, le plus souvent chez la mère.

En comparant ma statistique à celles publiées jusqu'ici, je me suis aperçu que j'avais rencontré, plus souvent que mes devanciers, la syphilis héréditaire (37 fois sur 40, en en éliminant les cas douteux, 28 fois sur 40).

J'en ai cherché la raison.

Étais-je tombé sur une série favorable à la théorie ? Avais-je apporté dans cette étude un parti pris dénué d'esprit scientifique ? Les cas étaient trop nombreux pour admettre la série et ayant été étudiés

par moi avec la plus grande impartialité, j'ai dû chercher un autre motif.

Voici celui que je crois avoir trouvé :

Plus l'histoire de la syphilis héréditaire progresse sous l'impulsion des travaux modernes, plus se multiplient les signes qui permettent de la reconnaître et d'y rattacher des lésions à origine mal connue jusqu'ici.

Je pense donc que bientôt l'enquête sera parfaite et que l'étiologie hérédo-syphilitique de la kératite d'Hutchinson ne pourra plus être mise en doute.

Du reste, dans aucun cas je n'ai pu trouver une autre cause, si ce n'est la dénutrition, la cachexie qui, elle-même, relève de la vérole, ce qui revient à dire que la kératite est bien d'origine syphilitique, puisque, comme l'a dit le professeur Fournier, la syphilis ne fait pas que de la syphilis et amène dans l'organisme une perturbation générale responsable des accidents.

TABLEAU.

TABLEAU A. — CERTITUDE ABSOLUE.

NUMÉRO.	NOM.	AGE.	SEXE.	ÉTAT ACTUEL du MALADE.	ANTÉCÉDENTS du MALADE.	ENQUÊTE SUR LES PARENTS.
1	Jeanne Let.....	7	F.	Dents d'Hutchinson ; front bombé ; nez effondré ; hyperostoses tibiales ; ulcérations pharyngiennes.	Syphilis infantile.	Mère syphilitique.
2	Sch.....	5 1/2	F.	Front proéminent ; cicatrices des fesses ; gommes au bras gauche.	Syphilis infantile (pemphigus, roséole, plaques muqueuses).	Mère a pris de l'iode de potassium avant la naissance.
3	Charlotte M.....	21	F.	Ensemble grêle ; nez effondré ; exostoses tibiales ; dents d'Hutchinson.	Traitée à Saint-Louis pour accidents de syphilis héréditaire.	Père syphilitique ; 2 fausses couches de la mère sur 4 enfants.
4	Céline S.....	10	F.	Infantilisme.	Éruptions dans l'enfance.	Mère a contracté la syphilis 3 ans avant la naissance de sa fille ; aujourd'hui une syphilide squameuse à la racine du nez.
5	Jean Pl.....	3 1/2	M.	A actuellement une éruption syphilitique.	Éruptions fessières ; coryzas fréquents.	Père a eu maladie de femme (?)
6	Marguerite L.....	40 1/2	F.	Peu développée ; asymétrie crânienne ; dents d'Hut-	Souffrante dans l'enfance.	Père syphilitique.

	5	Jean Pl.	3 1/2	M.	A actuellement une éruption syphilitique.	Peu développée; asymétrie crânienne; dents d'Hutchinson.	F	40 1/2	Marguerite L.		Souffrante dans l'enfance.	Père syphilitique.	Père a eu maladie de femme (?)
6													
7		Marthe B.	8	F	Cicatrices jambes et bras.					Gommes dans l'enfance.	Mère devenue syphilitique pendant la grossesse.		
8		Joséphine G.	9 1/2	F	Surdité subite; dents éradées.					A parlé très tard; éruptions cutanées dans l'enfance.	Père syphilitique, a contracté sa femme: 1 ^{er} enfant mort à 4 mois; 2 ^e enfant, la malade; 3 ^e enfant a eu une kératite interstitielle.		
9		Blanche B.	11	F	Front proéminent; palais ogival; érosions dentaires; microdentisme.					Kératite à l'autre oeil à 8 ans.	Père syphilitique.		
10		Adrienne M.	15	F	Asymétrie crânienne; déformation de la voûte palatine; nez effondré; érosions dentaires.					Développement lent.	Mère syphilitique; 2 fausses couches; la malade est le 3 ^e enfant.		
11		Émilie Cot.	15	F	Chélique; érosions dentaires.						Mère syphilitique.		
12		Joséphine B.	9	F	Cicatrices palato-pharyngiennes; érosions dentaires.					Enfant toujours délicate.	Père syphilitique; mère, sur 6 grossesses, a fait 2 fausses couches; a perdu 2 enfants en bas âge; a 2 enfants vivants, dont la malade.		

NUMÉRO	NOM.	AGE.	SEXE.	ÉTAT ACTUEL du MALADE.	ANTÉCÉDENTS du MALADE.	ENQUÊTE sur LES PARENTS.
13	Stella Fr.....	13	F.	Infantilisme ; hyperostose du tibia droit.	Éruptions dans l'enfance.	Père syphilitique ; mère a eu 7 enfants, dont 2 morts-nés.
14	Joséphine L.....	24	F.	Surdité ; pas réglée ; peu développée.	Syphilis à 6 mois.	Mère syphilitique.
15	Jeanne F.....	42	F.	Malingre ; érosions den- taires ; microdentisme.	Éruption fessière au pre- mier mois.	Père et mère syphilitiques.
16	Maria Th.....	10	F.	Peu développée ; érosions dentaires ; palais en ogive.	A toujours été souffrante.	Père syphilitique ; mère a perdu 2 enfants à 3 ans et à 15 mois.
17	Paul Fr.....	15	M.	Dents d'Hutchinson ; front proéminent ; hyperostoses tibiales.	A marché très tard ; retard dans la dentition.	5 enfants : 4 mort-né, le le malade, 3 morts avant 1 an.
18	V.....	21	F.	Surdité ; perforation de la voûte palatine ; hyperos- toses tibiales.	Syphilis héréditaire dans l'enfance.	Mère syphilitique.

TABLEAU B. — TRÈS GRANDE PROBABILITÉ.

TABLEAU B. — TRÈS GRANDE PROBABILITÉ.

	E. Gr.	11	M.	Prédominance du front; dé- viation des tibias; dents avec érosions.	Éruption à 8 mois.	Syphilis probable chez la mère.
1						
2	Augustine J.	14	F.	Érosions dentaires.		Mère syphilitique.
3	Paul L.	22	M.	Bosses pariétales exagérées; nez effondré; érosions dentaires.	Éruptions dans l'enfance.	Une sœur a eu une kéra- tite interstitielle.
4	Victorine H.	11	F.	Érosions dentaires.	Éruptions dans l'enfance.	Mère: alopecie et maux de gorge; a eu 9 enfants; en a perdu 8 en bas âge.
5	Mathilde L.	8	F.	Voûte palatine en ogive; dents crénelées; micro- dentisme.		Mère: alopecie et éruptions. 8 enfants; 3 morts en bas âge, 1 fausse cou- che.
6	Georges S.	4	M.	A droite, hyperostoses et déformations tibiales; éro- sions dentaires.	Grand retard dans la den- tition.	Mère a eu 2 enfants, plus le malade, qui est le der- nier; vient de faire 1 faus- se couche à 6 mois.
7	Paul L.	28	M.	Dents d'Hutchinson.		Mère syphilitique.

NUMÉRO.	NOM.	AGE.	SEXE.	ÉTAT ACTUEL du MALADE.	ANTÉCÉDENTS du MALADE.	ENQUÊTE SUR LES PARENTS.
8	Marie B.	3	F.	Érosions dentaires.		Mère syphilitique; 1 frère à les dents d'Hutchin- son.
9	Jeanne J.	9	F.	Bosses frontales saillantes; dents usées, crénelées.	Retard dans la 2 ^e dentition.	Mère, 2 fausses couches à 6 mois; père mort de syphilis cérébrale.
10	Eugénie C.	8 1/2	F.	Microdentisme; effondre- ment du nez.		Père syphilitique; mère a eu 2 mort-nés, 1 fausse- couchée.

TABLEAU C. — ANTÉCÉDENTS DISCUTABLES.

1	Marie G.	10	F.	Érosions dentaires.	Convulsions dans l'enfance.	Mère a eu maux de gorge fréquents, 1 fausse cou- chée.
2	Aimé B.	13	M.	Dents d'Hutchinson.		Pendant sa grossesse, mère a eu mal à la gorge, boutons sur le corps, chute de cheveux.
3	Marie R.	9	F.	Érosions dentaires.		Parents très probablement syphilitiques.
4	Alphonse V.	24	F.	Otite.		Père syphilitique. Mère a eu 7 enfants mort-

	Parents très probablement syphilitiques.	Erosions dentaires.	F.	F.	Otte.	Père syphilitique.
3	Mario R.....	9	F.			Mère a eu 7 enfants morts-nés.
4	Alphonse V.....	21	F.			Mère 2 enfants morts en bas âge, 2 fausses couches.
5	Victor G.....	21	M.		Imbécillité.	Mère, 6 enfants, 4 morts en bas âge, 1 fausse couche récente.
6	Marie D.....	7	F.		Érosions dentaires.	Mère a eu 15 enfants, 8 vivants, 6 morts dans l'enfance, 1 fausse couche.
7	Angeline Z.....	13	F.		Dents d'Hutchinson.	Accidents syphilitiques très probables chez la mère.
8	Maurice G.....	18	M.		Microdentisme.	
9	Marguerite S.....	21	F.			Toujours souffrante.

TABLEAU ACCESSOIRE. — PAS DE PREUVES.

1	Joséphine T.....	20	F.			Mère a eu 3 enfants morts de convulsions en nourrice.
2	Berthe N.....	22	F.		Érosions dentaires.	
3	Marceline C.....	27	F.			Mère a eu 5 enfants : les 2 premiers sont morts ; le 3 ^e est la malade.

III

DU GONOCOCCUS DE NEISSER ET DE SES RAPPORTS AVEC QUELQUES MANIFESTATIONS PARABLENNORRHAGIQUES,

Par M. Charles AUDRY, interne des hôpitaux de Lyon.

Tous paradoxes à part, il est permis de dire que, si la blennorrhagie est la plus commune des maladies, elle est loin d'être une des mieux connues, et cela non seulement dans son évolution uréthrale, mais encore dans la marche et la nature de ses nombreuses manifestations excen- triques.

Il y a longtemps que Mackenzie, étudiant l'irido-capsulite blennor- rhagique, avait, avec Cullerier, jugé la maladie causale comme une infection générale, sans que d'ailleurs on ait paru beaucoup se préoccuper de cette idée. La grande découverte d'Hernandez (de Toulon), en établissant la spécificité de la blennorrhagie, aurait cependant dû la faire considérer autrement que comme une vulgaire lésion locale sur laquelle on était à peine édifié.

Lorsque, en 1879, un élève de Cohn, Neisser (de Breslau) (1), décou- vrit le gonococcus et le trouva dès l'abord dans les sécrétions uréthrales et oculaires de nature blennorrhagique, on put croire que la science était fixée sur ce point, que l'interprétation des manifestations morbides parablennorrhagiques s'imposait d'elle-même, et, du coup, on parla des « gonorrhéides ».

Cette conclusion était-elle légitime, du moins, pour ce qui regarde les synovites qui accompagnent la chaudepisse ? Nous allons essayer de nous en rendre compte.

Mais auparavant, un mot d'historique sur le gonococcus.

Soupçonné par Salisbury (1850), Donné, Jousseau (1861), Hallier, Nöggerath, entrevu par Bouchard, il fut définitivement découvert, on le sait, par Neisser en 1879. Dès l'année suivante, Bokai (2), plus heureux que Finkelstein, réussissait à le cultiver et à l'inoculer. En 1881, Weiss (Th. de Nancy), le signale en France. Haab (3) le retrouve dans l'oph-

(1) NEISSER. *Centralblatt für die med. Wissen*, 1879, n° 28.

(2) BOKAI. *Allgem. med. Centralzeitung*, 1880, n° 74.

(3) HAAB. *Corresp. f. Schweizer Aerzte*, 1881.

talmie des nouveau-nés. Hirschberg et Krause (1) le rencontrent dans l'ophthalmie blennorrhagique, ainsi que Sattler (Congrès des ophtalmologistes à Heidelberg). En 1882, nouveau travail de Neisser qui ne réussit pas parfaitement à le cultiver ; Krause est plus heureux, aussi bien que Leistikow, qui, d'ailleurs, échoua dans ses inoculations (2). En 1883, premier travail de Bockart, un élève de Rinecker qui inocule le résultat de ses cultures dans l'urèthre d'un paralytique général avec un succès tel que le malade succombe rapidement à une cysto-pyélo-néphrite ascendante (3).

Peu de temps auparavant, Eklund (4) contestait sa spécificité.

Puis viennent les recherches d'Arning (5), d'Echsbaum (6), de Newberry (7), de Zweifel (8), de Welander (9), de Chameron (*Th. de Paris*, 1884), de Petrone et de Kammerer qui, après Bücker et Leistikow, retrouvent l'un et l'autre le gonococcus dans les liquides des synovites, de Sängér qui le signale dans les annexes de l'utérus (10), le nouveau travail de Bockart (11), qui a réussi dans 6 inoculations, celui de G. Roux (de Lyon) (12), enfin le volumineux travail que Ernst Bumm de Wurtzbourg vient de publier sur le gonococcus dans les muqueuses (13), livre auquel nous renvoyons le lecteur curieux d'avoir sur l'évolution du microbe tous les renseignements désirables.

Depuis les premières recherches qui l'ont montré dans les sécrétions blennorrhagiques uréthrales ou oculaires, la résidence du gonococcus s'est singulièrement accrue.

Bockart le retrouve dans les reins de son premier inoculé ; Welander, dans un abcès péri-urétral ; Wolff, dans une adénite suppurée d'origine blennorrhagique ; Bumm, sur le rectum ; Arning, Welander dans les glandes de Bartholin, dans les liquides intra-utérins ; Sängér dans les annexes de l'utérus ; Jullien et Horteloup dans la sérosité de la vaginalite ; Petrone, Kammerer, Boussquet dans les liquides articulaires.

C'est seulement sur ce dernier point, c'est-à-dire sur la présence du

(1) HIRSCHBERG et KRAUSE. *Centralblatt für pract. Augenheilkunder*, 1881, p. 39.

(2) LEISTIKOW. *Charité-Annalen VII Jahrgang*, p. 750.

(3) BOCKART. *Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syphilis*, 1887.

(4) EKLUND rapporté dans le *Schmidts Jahrbucher*.

(5) ARNING. *Vierteljahr. für Dermat. u. Syph.*, 1883, p. 371.

(6) ECHSBAUM. *Deutsche med. Wochen.*, 1883, p. 187.

(7) NEWBERRY. *Maryland med. Journal*, février 1883.

(8) ZWEIFEL. *Arch. für Gyn.*, t. XXII, p. 318.

(9) WELANDER. *Gaz. med.*, 1884.

(10) SÄNGER. Congrès des gynécologues allemands, 1884 (*Semaine médicale*).

(11) BOCKART. *Revue d'Hayem*, 1886.

(12) ROUX. *Acad. des sciences*, 1886.

(13) BUMM. *Der microorganismus der gonorrhoeischen Schleimhaut Erkrankungen* « *Gonococcus-Neisser* » (Wiesbaden, 1887).

gonococcus dans les synovites blennorrhagiques, et le rôle qui peut lui être attribué que nous avons l'intention d'insister ici.

L'individu qui fut le point de départ de ces quelques recherches était un malade du service du professeur A. Poncet. C'était un robuste garçon, atteint depuis 8 jours d'une synovite aiguë de la gaine du jambier postérieur gauche, offrant plus d'un point de ressemblance avec une vulgaire arthrite tibio-tarsienne. On put croire un instant qu'une incision allait être nécessaire; mais ces accidents diminuèrent rapidement, et nous dûmes nous contenter d'une ponction qui ne ramena aucune trace de sérosité, mais seulement du sang dont nous confiâmes l'examen à M. G. Roux.

On nous permettra d'insister en passant sur l'extrême fréquence de ces manifestations périarticulaires dans la blennorrhagie, fréquence au moins aussi considérable que celle des grandes arthrites qu'elles effleurent quelquefois; nous avons par devers nous l'observation d'un malade qui vit survenir, au déclin d'une blennorrhagie grave, une synovite, qui, grâce à une heureuse disposition anatomique, resta limitée au cul-de-sac tricipital du genou, où elle édifia une tumeur fluctuante, ronde, rapidement disparue.

Une autre malade du Dr Poncet entra avec une synovite aiguë de la gaine des péroniers gauches, empâtant d'œdème tout le pourtour de la malléole externe.

Dans tous les cas, la synovite qui accompagne la chaudepisse présente, aussi bien que l'arthrite de même nature, ce caractère frappant de ne suppurer que rarement. Mais outre les cas anciens, ceux de Bauchet (1862), Prichard, Fournier (voir in *Th. de Brun*, 1881, Paris), Talamon (1), nous verrons qu'il existe quelques observations dont nous aurons à tenir compte.

C'est à 1883 que remonte la première mention de la présence du gonococcus dans les liquides articulaires. Elle est due à l'Italien Petrone (2). Dans la sérosité louche de deux arthrites blennorrhagiques aiguës du genou, Petrone affirme avoir constaté la présence du gonococcus. Dans le premier cas, l'affection datait de trois jours; dans le second, de cinq. Il en avait, en outre, vu dans le sang.

Au reste, tous les observateurs ne furent pas aussi heureux. Ehrlich (3), en semblable occurrence, ne put arriver à le découvrir, non plus que Brieger, ni que Vogt (de Greifswald (4). Kraske échoua également dans 2 cas.

En 1884, Kammerer (5) observe un malade qui, atteint par un ébou-

(1) TALAMON. *Rev. de méd. et de Chir.*, 1878.

(2) PETRONE. *Rev. clin.*, 1883; *Centralblatt fur Chir.*, 1883.

(3) EHRLICH. *Zeitschrift fur med. klin.*, t. III.

(4) In *Rev. chir.*, 1885.

(5) KAMMERER. *Centralblatt fur Chir.*, 1884, p. 49.

lement, fut amputé de la cuisse gauche. Peu de jours après, phénomènes d'arthrite du genou droit. On n'avait pas alors soupçonné l'existence de la chaudepisse chez cet individu. On ponctionne l'articulation, et Kammerer constate la présence du gonococcus dans le liquide extrait. Douze jours plus tard, phénomènes d'arthrite aiguë. On incise, et on trouve du pus : il n'y avait plus de traces de gonococcus. Le malade guérit. Peu de jours après le début des accidents articulaires, on avait vu reparaitre l'écoulement urétral.

Peu de temps après, les recherches de Kammerer sur les liquides extraits du genou d'une femme atteinte de leucorrhée spécifique restèrent complètement infructueuses.

En France, nous n'avons guère que l'observation de Bousquet, lequel vit le gonococcus dans une arthrite blennorrhagique suppurée.

De ces quelques cas positifs, on a été amené à conclure à l'existence d'une véritable infection générale, latente, il est vrai, mais susceptible de se manifester par des accidents dus à l'action directe du microbe.

Nous voulons seulement examiner si, à l'heure actuelle de la science, une telle affirmation n'est pas encore beaucoup trop aventurée, sans vouloir d'ailleurs en aucune façon essayer de formuler une théorie quelconque destinée à remplacer la précédente.

Un premier phénomène frappe l'attention si l'on examine les faits : l'inconstance extrême des résultats fournis par l'examen microscopique. Ehrlich, Kraske, Brieger et probablement beaucoup d'autres qui n'ont pas cru un résultat négatif digne d'être publié, n'ont pas trouvé le gonococcus là où Petrone, Kammerer et Bousquet seuls affirment l'avoir rencontré, en apportant des faits à l'appui de leurs assertions.

Et d'abord, dans quelle limite est-il permis de se fier à leurs examens ? Dans son ouvrage tout récent, Ernst Bumm ne décrit pas moins de 3 espèces de diplocoques qui peuvent permettre des confusions : d'abord, une variété de diplocoques de couleur citron, non pathogène ; une seconde variété, également innocente, identique à celui que Bokai, Eklund, Platonow ont vu en d'autres points, dans le smegma préputial, par exemple ; un diplocoque gris blanc qu'on a vu dans les sécrétions vaginales, un diplocoque rose, enfin une cinquième variété colorée en jaune ; c'est ce dernier que Frankel (1) a retrouvé dans la vaginite des petites filles, alors que l'évolution de l'affection la distinguait énergiquement de la chaudepisse ordinaire.

Par la culture, par les procédés spéciaux de coloration, on arrive à différencier ces microbes du gonococcus vrai ; mais ni Petrone, ni Kammerer, ni Bousquet n'y ont eu recours ; aucun n'a tenté même de con-

(1) FRANKEL. *Wirsch. Arch.*, t. XCIX, 1885.

trôler le résultat de ses examens au moyen de la méthode de Gram qui, comme le savaient les Allemands, et comme M. Gabriel Roux vient de le montrer en France, décolore le gonococcus.

Au surplus, une question bien naturelle se pose : si le gonococcus est l'agent actif des processus inflammatoires des synoviales, comment y parvient-il ?

Petrone l'avait trouvé dans le sang de ses deux malades. M. Jullien dit qu'il l'a rencontré presque constamment dans le sang de ses blennorrhagiens. Kammerer adopte sans hésiter le transport par la voie sanguine.

Or, il est certainement très étonnant que, parmi les nombreux bactériologistes qui ont étudié le gonococcus, aucun autre ne l'ait signalé. D'autre part, M. Aubert, qui l'a souvent recherché dans de telles conditions, n'est jamais arrivé à un résultat positif quelconque. M. Roux n'a pas été plus favorisé dans l'étude du sang de notre malade.

Il serait, d'ailleurs, difficile de concevoir la blennorrhagie comme une maladie tantôt locale, tantôt générale. C'est, ou toujours ou jamais, une infection générale; et si elle est, en réalité, une infection générale, on se fait difficilement à l'idée de la voir, comme il se produit souvent, évoluer pure de toutes complications d'ordre général, sans fièvre, sans réaction. Les microbes n'ont guère l'habitude d'errer dans le torrent circulaire, en bon voisinage avec les hématies et les globules blancs, « les phagocytes », comme les appelle Menschikoff.

De plus, je ne sais si le gonococcus pourrait vivre dans le sang; on sait qu'il n'aime pas l'oxygène; et quant à sa prédilection pour les séreuses, elle serait en contradiction formelle avec sa détermination à peu près exclusive sur les épithéliums à type papillaire.

Nous avons rappelé tout à l'heure la rareté de suppuration dans la synovite blennorrhagique; mais enfin elle existe, et l'on peut rapprocher ces cas des observations de Meuriot, de Desnos, de Leyden, qui ont vu de véritables pyohémies dans le cours d'une blennorrhagie (1).

En de semblables circonstances, (Martin) de Vevey (2) aurait même retrouvé ce gonococcus dans les infarctus.

Or, le pus blennorrhagique pris en nature, à plus forte raison le gonococcus, ne sont pas pyogènes, en dehors de leur cadre anatomique.

Il y a déjà longtemps que M. Aubert a inutilement injecté du pus de chaudépisse dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire de lapins. Pour en avoir le cœur net, nous avons un peu étendu le champ de nos expé-

(1) DELORNE. *Arch. de méd. milit.*, 1885.

(2) MARTIN. *Revue de Hayem*, 1885.

riences, et nos recherches personnelles (1) nous ont permis de constater ceci :

L'injection intra-veineuse de quantité notable de pus de chaudepisse dans la veine auriculaire du lapin reste absolument sans effet.

L'injection de ce même pus dans les articulations de cet animal n'a pas plus d'action.

On sait que le gonococcus ne se cultive guère que sur les épithéliums de l'homme ; à cela rien d'extraordinaire ; il en est peut-être ainsi du microbe de la syphilis ; mais à coup sûr, si le gonocoque avait la faculté de faire du pus partout, pourquoi n'en ferait-il pas chez le lapin ?

Il n'est même pas nécessaire de recourir à l'expérimentation pour être édifié sur ce point.

Sänger a bien montré la différence qui existait entre les complications spécifiques survenues chez les accouchées atteintes de blennorrhagie, et les accidents septiques d'ordre puerpéral banal ; les premières étant franchement indiquées par leur localisation exacte, l'absence de phénomènes infectieux, la fréquence des lésions locales exsudatives, et la bénignité du pronostic, au point de vue sinon des fonctions, du moins de la vie.

Au reste, dans le seul cas de M. Bousquet, il aurait été vu dans des pus d'articulation. Kammerer ne l'avait pas retrouvé à son second examen.

Enfin, dernière raison qui nous empêche d'admettre actuellement la spécificité du rhumatisme blennorrhagique, comment le différencier du rhumatisme uréthro-génital ?

Il est bien évident, et Kammerer l'a parfaitement compris, qu'il ne faut alors tenir aucun compte de leur similitude clinique si remarquable, et les séparer nettement l'un de l'autre. A-t-on seulement une observation d'arthrite survenue dans le cours d'une blennorrhagie extragénitale ?

Qu'il existe des synovites liées à la blennorrhagie, qu'elles soient même très fréquentes, cela n'offre de doute pour personne ; mais un cathétérisme en pourra provoquer d'identiques. Et si ces mêmes synovites blennorrhagiques suppurent, si l'on a vu de la pyohémie dans le cours de la chaudepisse, il n'est pas besoin de recourir au gonococcus pour expliquer la suppuration. Une plaie uréthrale largement ouverte est doublement exposée aux infections deutéropathiques, qu'elles viennent du rein, ou surtout de l'extérieur, apportées par des instruments sales, des injections septiques ou une urine chargée de bactéries pathogènes étrangères. Il en est, dans ces cas, des malades comme des accouchées ; ce sont des blessés. Seulement les chances d'infection sont

(1) Nos expériences ont été faites dans le laboratoire de M. Arloing, sous la direction de M. Rodet et avec l'aide de M. Gaillard, préparateur.

moindres en raison même de l'exiguité relative de la surface atteinte, du peu de profondeur des lésions et de la difficulté qu'en offre l'abord (1).

Et maintenant, s'il nous est permis de tirer une conclusion d'après de telles considérations et de tels faits, nous dirons :

Il est actuellement douteux que les synovites observées dans la blennorrhagie soient sous l'influence locale et directe d'un microbe dont la présence n'a pas été suffisamment constatée ; et si, dans le cours d'une chaudepisse, on observe des suppurations à distance, à allure septico-pyohémique, ce n'est pas le gonococcus, qui en est l'auteur, c'est l'un quelconque des microbes de la suppuration qui a pénétré suivant les voies ouvertes par son prédécesseur.

(1) D'où l'indication formelle de pratiquer l'arthrotomie large dans les arthrites suppurées d'ordre blennorrhagique, ainsi que Scriba (1877), Vogt (de Greifswald, 1883), Mori (de Brescia, 1883) et Nicaise (*in* Jalaguier, *Th. d'agr. : De l'arthrotomie*), n'hésitent pas à le recommander.

RECUEIL DE FAITS.

UN NOUVEAU CAS DE GANGRÈNE SPONTANÉE DE LA VERGE CHEZ UN DIABÉTIQUE,

Service de M. le Pr **FOURNIER.**

Observation recueillie par **H. Vaquez**, interne des hôpitaux.

M. le professeur Fournier vient de passer de nouveau en revue, dans ses leçons cliniques du 25 février et du 4 mars derniers, la série des accidents que le diabète peut déterminer sur les organes génitaux.

Parmi ces accidents, la gangrène spontanée n'a encore été signalée que cinq fois. Les observations en sont dues à Boucher de la Ville-Jossy, Gubler, Niepce et enfin Fournier.

La rareté des cas publiés jusqu'à ce jour nous autorise à rapporter *in extenso* l'observation suivante à laquelle M. le professeur Fournier a justement fait allusion dans ses dernières leçons cliniques sur les diabétides génitales.

42 février 1887. — Le nommé L... L..., âgé de 46 ans, restaurateur, entre dans le service pour une ulcération siégeant à la verge et de date récente.

Il y a vingt-cinq ans, le malade a eu un chancre, lequel a duré quinze jours et a disparu sans laisser de traces, ni être suivi d'accidents quelconques. Il y a dix ans, blennorrhagie durant trois semaines.

Cinq ans après, le malade remarqua un jour, sur sa verge, une ulcération siégeant à la même place que celle qui existe aujourd'hui, mais petite, sans sphacèle. Elle disparut rapidement, mais fut suivie d'une adénite inguinale qui suppura pendant cinq semaines. A peu près à la même époque, à cause de grandes soifs qu'il avait, le malade fit analyser ses urines. On constata alors la présence de cinquante grammes de sucre par litre. Dès ce moment, un traitement régulier du diabète fut institué. Le sucre diminua et les symptômes ne furent jamais menaçants. Ils consistaient en exagération de la faim et de la soif, névralgies diverses, tenaces, sus-orbitaires principalement, brouillard devant les yeux, le tout accompagné d'amaigrissement notable. Quoi qu'il en soit, le malade est encore dans un état de santé très satisfaisant, et aujourd'hui même il est resté gras et robuste.

Il y a trois semaines, le malade voit survenir à la verge une érosion superficielle, linéaire; elle s'accompagnait de démangeaisons. Aucun traitement tout d'abord. Puis s'impatientant, le malade se fait délivrer, chez un

pharmacien, une pommade qu'il applique lui-même (cette pommade, analysée dans le service par M. Pouchet, agrégé à la Faculté, fut plus tard reconnue inoffensive, contenant à peine un pour cent d'acide borique). Quoi qu'il en soit, dès le lendemain, l'ulcération prend un caractère menaçant; elle devient noire, gangréneuse, et c'est seulement quarante-huit heures après le début de la gangrène que L... se présente à la consultation.

État à l'entrée. — Symptômes généraux du diabète peu accentués; soif seule assez vive, quelques névralgies fugaces, céphalée. Urine: trois litres et demi avec les caractères de l'urine diabétique. Le réflexe rotulien est complètement aboli.

Sur le corps quelques cicatrices banales, ignorées du malade. L'une d'elles, encore recouverte d'une légère croûte, et de date plus récente, siège à la partie moyenne de la jambe droite.

Sur la face inférieure du gland, ulcération arrondie siégeant au niveau du frein et de deux centimètres de diamètre. Cette ulcération présente à sa surface une plaque de sphacèle, noire, insensible, d'odeur spéciale. La base est peu dure, œdémateuse plutôt, et rénitente. Il n'y a pas de bords nets séparant des parties voisines l'ulcération qui, au contraire, se continue insensiblement avec elles par une zone violacée bleuâtre. Prurit vif autour du du sphacèle. Deux ganglions durs dans l'aîne droite.

Traitement. — Deux grammes de bicarbonate de soude et traitement général du diabète. Bains prolongés de quatre heures. Pansement à l'iodoforme.

13 février. — L'ulcération a encore augmenté; elle mesure trois centimètres de diamètre et s'étend loin en profondeur, car, dans la miction, l'urine vient sourdre à sa surface. L'urine analysée renferme 54 grammes de sucre par litre, la quantité de sucre rendue en 24 heures égale 154^g,504.

14 février. — L'eschare mesure aujourd'hui trois centimètres et demi de diamètre et n'est pas limitée, car il y a toujours à sa périphérie le petit liséré violacé, insensible, annonçant l'extension de la lésion. Le fond de la plaie est encore bourbillonneux, noirâtre. Le malade urine de plus en plus par la perte de substance qui a dû se faire à l'urèthre en un point correspondant.

15 février. — L'augmentation de la gangrène s'est faite moins rapidement. Malgré tout, l'ulcération a atteint le méat, la face dorsale du gland reste seule indemne. Le liséré violacé des bords ne se montre plus sur les téguments voisins du sphacèle.

17 février. — La limitation est faite, l'eschare se soulève à droite, et le fond de la plaie apparaît rougeâtre, sans caractère spécial.

Il n'y a pas la moindre douleur.

19 février. — L'eschare s'est complètement détachée, sans perte de sang.

22 février. — L'ulcération complètement détergée, présente les caractères suivants :

C'est une perte de substance de forme à peu près ovulaire, commençant à la base du frein, se terminant en avant du méat qu'elle dépasse. La longueur est de trois centimètres et demi, la largeur de trois centimètres, la profondeur de un centimètre et demi au niveau du sillon balanopréputial. Les bords sont rouges, irréguliers, bourgeonnants, abrupts, mais non décollés. Le fond est également rosé, végétant, non saignant. Les tissus voisins sont sains, fermes, non infiltrés.

A la base du gland, au niveau du sillon et à l'origine du frein, on voit un orifice rouge vif, taillé en bec de flûte et qui représente la section nette

de l'urèthre dont la portion qui correspond au gland a totalement disparu.

Le malade sort le 2 mars sans nouvel accident. La plaie se répare très rapidement.

Huit jours après, le malade vient nous trouver pour une *nouvelle plaque de sphacèle* survenue spontanément au niveau de la cicatrice récente de la jambe droite, que nous avons signalée dans l'observation. Cette plaque de sphacèle s'est produite au milieu d'un long sillon superficiel de grattage siègeant sur l'ancienne cicatrice. Ce sillon indiquait donc l'existence de démangeaisons anciennes en ce point. Quoi qu'il en soit, la plaque de sphacèle a le diamètre d'une pièce de un franc environ. Sa surface est noire, insensible. Les bords sont nets, sans sillon violacé.

Au bout de trois jours l'eschare commence à se soulever et en quelques jours la cicatrisation s'opère sans autre accident.

Le malade, revu récemment (25 avril), était en bonne santé.

A propos de cette observation, M. Fournier a insisté sur deux des caractères importants des gangrènes génitales diabétiques. Tout d'abord, c'est la rapidité quasi-foudroyante de leur évolution. En cinq jours, dans notre cas, la moitié du gland a été frappée de sphacèle.

En deuxième lieu, caractère également capital, on peut constater dans l'observation que nous avons rapportée l'apparition, à brève échéance, d'une deuxième plaque de sphacèle. La pluralité successive des gangrènes, chez les diabétiques, est un symptôme important. M. Fournier, qui a appelé l'attention sur ce point, en a lui-même déjà publié un exemple probant.

REVUE GÉNÉRALE.

DE LA DESTRUCTION DES POILS PAR L'ÉLECTROLYSE (1).

Par **L. BROcq.**

Le Dr James Startin (2) vient de publier les résultats que lui a donnés l'électrolyse pour la destruction des poils. Il a employé ce procédé dès 1884. Il se sert d'une pile au bichromate de mercure, d'aiguilles en or, et d'un porte-aiguille assez semblable à un porte-plume. Pour calmer la douleur de l'opération, il fait sur la partie malade des frictions avec une solution au vingtième de chlorhydrate de cocaïne, et il en a presque toujours obtenu d'excellents effets. Dans un ou deux cas, il a pratiqué l'anesthésie générale, mais il ne croit pas qu'il soit utile de le faire. Il introduit l'aiguille qui forme le pôle négatif dans le follicule pileux à la profondeur de un seizième de pouce, et il applique l'éponge qui forme le pôle positif au voisinage immédiat du point opéré. Il fait passer le courant pendant cinq secondes environ, puis il enlève le pôle positif avant de retirer l'aiguille. Pour que l'opération ait réussi, il faut qu'il se soit produit un peu de mousse autour de l'aiguille; on peut ensuite enlever le poil opéré avec une pince sans éprouver la moindre résistance. Il détruit jusqu'à une centaine de poils par séance. Il croit que cette opération doit être réservée aux poils bien visibles à l'œil nu; pour le duvet, il conseille les préparations épilatoires.

Il relate ensuite les six observations suivantes : 1° jeune femme de 32 ans, poils de la lèvre supérieure et du menton, courts et foncés, au nombre de cent environ : Startin lui en enleva autant qu'il put en deux séances, et lui conseilla pour le reste de faire usage d'une pâte épilatoire; 2° jeune femme de 30 ans, ayant depuis cinq ans des poils à la lèvre supérieure et au menton : il lui fit deux séances d'électrolyse; 3° jeune dame portant une touffe de poils au cou : il la lui enleva en une séance; il obtint un bon résultat; 4° jeune femme portant, dit le Dr Startin, une grande quantité de poils profonds à la lèvre et au menton : il ne put en enlever que cinquante par séance; après sept séances,

(1) A l'occasion d'un article de James Startin.

(2) *The Lancet* (20 novembre 1886, page 969).

il avait presque terminé; nulle mention du résultat final; 5° en 1883, il enleva à un malade en une séance une touffe de poils venus à l'extrémité du nez : bon résultat; 6° en juillet 1883, il enleva avec succès en une séance environ une cinquantaine de poils poussés autour des mamelons d'une malade.

Voici les remarques que je crois devoir faire à propos de la communication du médecin anglais.

1° *Instruments.* J'ai longuement expérimenté, pour la destruction des poils par l'électrolyse, des aiguilles d'or et des aiguilles de platine légèrement iridié, et je donne la préférence à ces dernières, car elles m'ont paru plus malléables, plus souples, plus faciles à amincir; cependant, je reconnais que les aiguilles d'or donnent de bons résultats. Seulement il est d'après moi indispensable de mettre sur ces aiguilles un arrêt à une courte distance connue de leur pointe, afin de savoir au juste à quelle profondeur on a pénétré dans le follicule pileux. J'estime que le porte-aiguille n'est pas nécessaire et ne peut même qu'alourdir la main de l'opérateur.

2° *Emploi de la cocaïne.* J'ai essayé les badigeonnages avec une solution au vingtième de cocaïne, et les frictions avec une pommade à la cocaïne également au vingtième pour diminuer la douleur causée par l'opération : je n'ai obtenu aucun soulagement par ce procédé. J'ai réussi au contraire à rendre l'opération tout à fait indolente, en faisant des injections sous-cutanées de quelques gouttes de solution de cocaïne; tout autour de la piqûre, dans un rayon de 1 centimètre et demi à 2 centimètres, j'obtenais ainsi l'anesthésie complète pendant plusieurs minutes. J'engage cependant les malades à ne pas avoir recours à cet expédient, car j'ai observé plusieurs fois de légers accidents généraux et une douleur locale assez persistante à la suite de ces injections.

3° *Profondeur à laquelle il faut introduire l'aiguille.* Le Dr Startin dit qu'il introduit son aiguille dans le follicule pileux à la profondeur de un seizième de pouce. Ainsi que je l'ai expliqué l'année dernière dans mon mémoire sur la destruction des poils par l'électrolyse (1), je crois que la profondeur à laquelle il faut enfoncer l'aiguille est éminemment variable suivant les malades et suivant les régions chez un même malade. Aussi doit-on, avant toute chose, rechercher quelle est la profondeur à laquelle se trouvent les bulbes des poils que l'on veut détruire : cette profondeur varie suivant le volume des poils, suivant leur inclinaison, leur siège, suivant les irritations et les traitements antérieurs qu'ils ont subis, enfin et surtout suivant le nombre de fois qu'ils ont été épilés.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux, le 28 mai 1886.

4° *Du pôle positif.* L'auteur anglais fait appliquer l'éponge qui sert de pôle positif tout près de la région où l'on opère. Cette pratique est, ce me semble, complètement inutile, et doit être quelque peu gênante pour le malade et le médecin. Il est beaucoup plus simple et plus commode d'adapter le fil positif à un cylindre recouvert de peau de chamois, que le patient tient à la main. J'ai signalé dans mon mémoire les précautions qu'il faut prendre pour que l'opéré ne ressente aucune secousse lorsque l'on veut cesser de faire passer le courant.

5° *Durée du passage du courant.* L'auteur anglais fait agir l'électricité pendant cinq secondes environ, et il juge que le poil est détruit lorsqu'il se forme un peu de mousse autour de l'aiguille. Je regrette qu'il ne nous dise pas quelle est la force réelle de son courant en milliampères. Il me semble bien difficile qu'il se serve d'un courant ayant plus de 15 milliampères d'intensité, car la douleur que provoque un courant de 15 milliampères est très vive, et cependant j'ai pu, dans certains cas, faire passer un courant de 10 à 15 milliampères pendant plus de dix secondes sans arriver à détruire de gros poils. Le courant que j'emploie d'ordinaire varie de 5 à 8 milliampères comme force, et avec lui je ne peux détruire en cinq secondes que des poils fins et superficiels. Des poils gros et profonds ne sont même pas ébranlés après cinq secondes. Plus j'opère, plus j'ai de la tendance à n'employer que des courants très-faibles avec lesquels on limite mieux l'action destructive au bulbe du poil. Le temps pendant lequel il faut laisser passer un courant d'intensité donnée et mesurée constamment au galvanomètre pendant toute la durée de l'opération, ce temps, dis-je, varie donc suivant les individus, et chez le même individu suivant la région opérée, suivant la profondeur et le volume de chaque poil. Et encore est-il sous-entendu dans tout ce qui précède que l'aiguille est bien introduite dans l'intérieur du follicule pileux, car, pour peu qu'elle dévie, le temps nécessaire à la destruction double ou triple de durée.

C'est pour ces motifs que j'ai donné le conseil d'exercer, pendant qu'on fait passer le courant, une légère traction sur le poil opéré : dès qu'il est bien détruit, il cède, et l'on peut être sûr du résultat. Je ne vois pas que le critérium de la destruction du poil donné par le Dr Startin et par beaucoup d'autres auteurs, c'est-à-dire la production de mousse autour de l'aiguille, soit toujours exact : il m'est arrivé assez souvent de cesser de faire passer le courant dès que je voyais cette mousse se produire, et cependant le poil tenait encore après plusieurs jours et ne céda pas aux tractions modérées.

Je considère toutefois le critérium que j'ai donné comme également défectueux : certes le bulbe est détruit lorsque le poil cède aux légères tractions exercées sur lui pendant que le courant passe, mais je pense

que dans beaucoup de cas, il est trop détruit, c'est-à-dire que le courant a agi plus longtemps qu'il n'était nécessaire, et qu'il a produit ainsi des délabrements inutiles. En effet, quand, après avoir fait passer le courant pendant un certain temps pour détruire un poil volumineux, on voit se produire depuis quelques secondes de la mousse autour de l'aiguille, sans que le poil cède aux tractions modérées exercées sur lui avec une pince, si l'on cesse alors de faire passer le courant et si l'on attend quelques minutes (de 5 à 15 minutes sont nécessaires), il arrive assez souvent que le poil tombe de lui-même ou tout au moins cède à des tractions très modérées. Il était donc détruit, et cependant il résistait encore lorsqu'on a cessé de faire passer le courant. Si l'on avait fait agir l'électricité jusqu'à ce que le poil eût cédé, on aurait décomposé les tissus périphériques plus qu'il n'était utile de le faire. Or, l'opération est douloureuse et peut laisser quelques traces : on comprend dès lors qu'il y a un intérêt majeur à ne faire passer le courant que le temps strictement nécessaire à la mortification du bulbe.

Il semble qu'il se produit aux points opérés, après qu'on a cessé de faire agir l'électricité, une sorte de travail de destruction rapide qui continue à désorganiser les tissus intéressés, et grâce auquel certains éléments qui retenaient encore le poil, bien qu'ils fussent déjà frappés de mort, se désagrègent et permettent à son élimination de se faire en quelques instants. C'est d'ailleurs par le même processus que se forme en quelques minutes, aux orifices des follicules pileux fortement touchés, les vésicules transparentes qu'on y observe si souvent lorsqu'on a détruit des poils très profonds et très volumineux. Ces phénomènes n'ont rien d'étonnant en eux-mêmes et rappellent ceux qui se produisent quand on applique pendant un court espace de temps un fer rouge ou un caustique violent sur des tissus vivants.

Nous ne connaissons malheureusement pas encore d'indice certain indiquant le moment précis où le bulbe du poil est désorganisé. Des deux critères dont nous venons d'examiner la valeur, l'un (l'apparition de la mousse autour de l'aiguille) peut laisser les gros poils intacts, l'autre (la chute du poil par tractions légères) peut amener à détruire beaucoup trop les tissus. En présence de ces réelles difficultés, voici la ligne de conduite à laquelle je me suis actuellement arrêté.

S'il s'agit de poils isolés placés en des points où de petites traces blanches sont imperceptibles, telles que la partie inférieure du menton par exemple, je fais passer le courant jusqu'à ce que le poil cède à des tractions modérées, à moins qu'il ne me semble résister trop longtemps, et que les tissus périphériques ne me paraissent trop fortement intéressés : dans ce dernier cas, je m'arrête sans attendre que le poil cède, dès que je vois se former autour de l'aiguille un petit cercle brun

transparent et lorsque la mousse s'est déjà montrée depuis 10 à 20 secondes avec un courant de 5 à 8 milliampères. Je regarde ensuite au bout de dix minutes ou d'un quart d'heure si le poil tient encore : le plus souvent il vient sans résistance, ce qui prouve qu'il a été détruit, sinon, je remets son ablation définitive à une séance ultérieure.

S'il s'agit de poils placés en des endroits assez visibles, tels que la partie supérieure du menton, les joues, j'opère en exerçant sur eux des tractions assez fortes avec les pinces. Je crois avoir quelques récidives en opérant de la sorte, mais j'estime me rapprocher ainsi le plus possible du moment précis où le bulbe est désorganisé.

Enfin, s'il s'agit de poils assez fins et surtout placés en des endroits fort douloureux, très délicats, où il faut éviter à tout prix d'avoir la moindre cicatrice, comme à la lèvre supérieure des femmes par exemple, j'exerce sur le poil des tractions assez fortes, mais de plus je cesse de faire passer le courant dès que la mousse s'est formée autour de l'aiguille depuis deux ou trois secondes ; puis j'attends quelques minutes. Si au bout de ce laps de temps le poil ne cède pas à des tractions modérées, ce qui arrive parfois, et si les tissus périphériques ne paraissent pas avoir été trop désorganisés, je fais passer de nouveau le courant jusqu'à nouvelle apparition de mousse autour de l'aiguille, ou jusqu'à ce que le poil cède à des tractions assez fortes. Si au contraire les tissus me semblent trop fortement atteints, je remets à une prochaine séance la destruction complète du poil. Quand on emploie des aiguilles à tige isolée, ce qu'il n'est d'ailleurs utile de faire que pour les poils volumineux et profonds, ces règles doivent être un peu modifiées, car l'apparition de la mousse autour de l'aiguille ne se produit que lorsque les tissus périlbaires sont déjà très désorganisés.

6° *Question des cicatrices.* — A quoi bon toutes ces précautions si minutieuses qu'elles en paraissent ridicules ? C'est que l'électrolyse peut produire des cicatrices, quoi qu'en disent les auteurs étrangers qui se sont occupés de cette question. Mais il est nécessaire de faire des distinctions.

Les effets du courant électrique semblent varier suivant les personnes et suivant les régions opérées ; cela se comprend sans peine quand on songe que la finesse et la qualité de la peau varient dans les mêmes conditions. Tel sujet n'aura plus aucune trace de piqures après cinq ou six jours, tel autre présentera pendant plusieurs semaines des points rouges qui deviendront ensuite des points d'un blanc mat. Cependant ce ne sont encore là que de fort minimes inconvénients, les seuls d'ailleurs que l'on observe d'ordinaire, quand on n'a eu à opérer que des poils isolés fins ou de moyenne grosseur.

Chez certaines personnes, la destruction de poils volumineux ne laisse

que les traces dont je viens de parler ; mais il en est d'autres (et j'ai observé ce fait chez deux de mes opérées) qui conservent après guérison des piqûres des indurations profondes de la peau constituant des sortes de petites kéloïdes minuscules, du volume d'une grosse tête d'épingle, peu ou point perceptibles à la vue, mais très perceptibles au toucher. Elles forment même parfois sur les ligaments de petites saillies blanches reconnaissables à un examen attentif. Ces productions semblent se développer de préférence sur les parties latérales du menton vers le rebord maxillaire. Enfin, il en est d'autres chez lesquelles les piqûres laissent après elles des dépressions cupuliformes, arrondies ou ovalaires, de grandeur variable, assez analogues à des cicatrices de variole.

Mais ce n'est pas tout, et il faut bien savoir que l'électrolyse peut développer de véritables kéloïdes si l'on a l'imprudence d'enlever en une même séance plusieurs poils voisins les uns des autres. J'avais remarqué en opérant ma première malade, celle qui a fait l'objet de ma communication de 1886 à la Société médicale des hôpitaux, que lorsque je détruisais deux poils gros et profonds assez voisins pour n'être séparés l'un de l'autre que par un seul poil, ce poil intermédiaire était parfois détruit et tombait quelques minutes ou quelques heures après sans qu'on eut besoin de faire agir directement sur lui l'électricité. J'avais eu alors la malheureuse idée d'en parler à ma malade, et de lui dire qu'on pourrait mettre ce fait à profit pour détruire deux fois plus vite les poils du menton qui étaient chez elle extrêmement nombreux et touffus. Il me suffirait pour cela d'opérer des séries linéaires ne faisant agir le courant que sur des poils distants de 2 à 3 millimètres les uns des autres ; entre ces poils directement atteints par l'électricité se trouveraient un, quelquefois deux ou même trois poils que mon aiguille n'aurait pas touchés, et qui cependant seraient détruits à distance, et finiraient par tomber au bout de quelques minutes ou de quelques heures. Avant d'expérimenter ce procédé, que j'appellerai la destruction en séries linéaires, j'avais averti la jeune fille de la possibilité de la production de cicatrices, et je l'avais fortement engagée à ne pas recourir à cette méthode. Ma répugnance à opérer de la sorte s'accrut encore davantage après les premières tentatives ; je reconnus en effet bien vite que les délabrements ainsi produits étaient tellement considérables qu'ils devaient nécessairement donner naissance à des cicatrices difformes. Mais la malade, voyant que les poils étaient ainsi détruits en grand nombre et à jamais, insista tellement pour avoir tout le menton opéré de la même manière que j'eus la faiblesse d'accéder à ses demandes tout en lui déclarant que je le faisais à mon corps défendant. Ainsi que je l'avais prévu, les résultats ont été déplorable. Nous avons vu se produire peu à peu sur le menton des kéloïdes multiples (15 à 20 pour le moins), irrégulières, les unes petites, les

autres volumineuses et saillantes. Il est vrai que les poils si gros et si profonds de toute la région ont été radicalement détruits. Ce qui prouve bien qu'il faut incriminer ici le procédé opératoire, c'est que les joues, qui ont été opérées poil par poil en ayant soin de ne pas détruire en une même séance deux bulbes trop rapprochés, sont dans presque toute leur étendue, lisses, planes, sans cicatrices visibles, sauf quelques points blanchâtres çà et là disséminés.

J'ajouterai que le résultat définitif est déjà et sera surtout, je l'espère, bien meilleur que je ne viens de le dire. Ayant eu en effet à détruire des poils engagés dans ces productions kéloïdiennes, j'ai vu, à la suite de ces opérations, diminuer les cicatrices d'une manière notable. Me souvenant alors des tentatives faites par Hardaway pour traiter les kéloïdes par l'électrolyse, j'ai à plusieurs reprises criblé de piqûres toutes les cicatrices difformes suivant un mode opératoire que je ferai connaître plus tard, lorsque les résultats obtenus seront plus complets, et j'ai eu la satisfaction de les voir s'affaïsser et s'assouplir. Actuellement elles ont déjà diminué au moins des trois quarts, sous la seule action du courant électrolytique.

J'ai opéré douze personnes pour de l'hypertrichose ; et j'en ai suivi et assez longuement observé huit. Je n'ai vu se produire de kéloïdes vraiment dignes de ce nom que dans le cas dont je viens de parler ; cependant, chez une autre jeune fille qui portait entre les deux seins une touffe de poils noirs et volumineux, j'ai pu détruire du 29 septembre au 7 octobre 1886, en cinq séances, 204 poils ; en deux points, au niveau desquels j'avais opéré des poils un peu trop rapprochés, il s'était formé, plus d'un mois et demi après, le 30 novembre 1886, deux petites saillies un peu rouges et indurées de la grosseur d'une demi-lentille à peine. Elles m'avaient inspiré quelques craintes, et j'avais vivement engagé la malade à les surveiller et à revenir me voir si elles augmentaient de volume. Je ne l'ai pas encore revue. J'ajouterai que sur les 204 poils opérés chez cette jeune fille, il n'y en avait le 30 novembre que deux qui avaient repoussé.

On voit donc, en somme, que l'électrolyse, quand elle est bien maniée, peut détruire les poils sans laisser de cicatrices visibles, ou tout au moins en ne laissant que des traces imperceptibles. Mais il faut bien savoir qu'il est certaines règles dont on ne doit jamais s'écarter. Pour ma part, j'aime mieux prévenir les personnes qui veulent se faire opérer de la possibilité de tous ces accidents ; je leur conseille de se faire enlever dans une première séance trois ou quatre poils disséminés çà et là et de voir quels seront les résultats de cette opération préliminaire. On sait au moins ainsi si les téguments de la malade supportent l'action du courant électrolytique ; si par hasard l'opération laisse des

traces par trop visibles, ce qui doit être fort rare, on ne continue pas, et l'on ne s'expose pas à produire une nouvelle difformité.

On a déjà cherché à éviter de léser les couches superficielles du derme et de l'épiderme et à n'agir que sur le bulbe pileux. Hardaway a depuis longtemps conseillé de se servir d'une aiguille isolée jusqu'à 2 millimètres de la pointe qui est libre. J'ai fait beaucoup de tentatives dans ce sens. Il est fort difficile de faire tenir du vernis sur des tiges aussi minces et aussi flexibles; quand on veut s'en servir, elles sont déjà en partie dénudées. Dès qu'on agit, le vernis se détache tout de suite et reste même dans la petite plaie; il faudrait presque avoir une aiguille pour chaque poil. L'emploi de ces aiguilles présente une autre difficulté: c'est la précision avec laquelle il faut les enfoncer à la profondeur voulue pour que la partie libre agisse sur le bulbe; si on les enfonce trop ou trop peu, le poil n'est pas détruit. Aussi ai-je cherché à avoir des aiguilles isolées jusqu'à 2 millimètres de la pointe et portant un arrêt fixe à une distance connue de cette pointe, de façon à avoir un point de repère précis.

Après beaucoup de tâtonnements, je suis arrivé à faire construire, par M. Chardin, une aiguille isolée vraiment pratique. C'est une tige en platine iridié, un peu plus grosse que mes aiguilles ordinaires, et que l'on use à deux ou trois millimètres de la pointe dans une étendue de un centimètre environ, de façon à obtenir une dépression à ce niveau. On enroule ensuite dans cette dépression un fil de soie extrêmement fin qui constitue le corps isolant. L'aiguille ainsi construite présente la plupart des qualités requises. Le corps isolant protège suffisamment les tissus; il est assez solide, et ne fait pas de saillie qui gêne l'introduction dans le follicule. J'ai déjà pu, avec elle, détruire de gros poils à bulbes profonds sans endommager sensiblement les couches superficielles du derme; mais son maniement est fort délicat. Il est bon, pour l'introduire, de lui imprimer des mouvements de rotation autour de son axe.

7° *Nombre des poils que l'on peut opérer dans une séance.* Le Dr J. Startin détruit jusqu'à 100 poils en une séance; je trouve que c'est beaucoup. Quand on opère des poils gros et résistants, chaque poil demande une minute au moins en moyenne. Quand on en a détruit 40 ou 50, la séance a déjà duré trois quarts d'heure ou une heure, et l'opérateur et l'opéré ont également besoin de repos. J'ai traité des malades fort difficiles, chez lesquelles 30 poils me coûtaient près d'une heure de travail soutenu des plus fatigants. D'ailleurs, il suffit de parcourir les notes que l'auteur anglais a données sur les six malades qu'il a eus à traiter pour voir qu'il ne s'est réellement pas trouvé aux prises avec des cas rebelles. Chez deux d'entre eux, deux séances d'électrolyse ont suffi; chez trois autres, en une seule séance, il a pu tout enlever; enfin, chez la malade

qu'il considère comme un cas peu favorable, il ne lui a fallu que sept séances pour enlever les 350 poils qui la défiguraient. Chez l'une de mes malades, la première, j'ai détruit plus de 7,000 poils (je dis sept mille). Je regrette toutefois que, même dans les cas bénins qu'il a traités, le Dr Startin n'ait pas noté avec plus de précision l'état consécutif de la peau, l'existence ou la non-existence de récidives, toutes choses des plus importantes pour apprécier la valeur de la méthode.

8^o *Question des récidives.* La question des récidives préoccupe à juste titre les personnes qui veulent se faire délivrer de leurs poils. Les résultats que j'ai déjà obtenus me permettent, à l'heure actuelle, d'affirmer que l'électrolyse, quand elle est bien maniée, détruit radicalement les poils sur lesquels on agit. Dans un cas dont j'ai parlé plus haut, je n'ai eu que 2 récidives sur 204 ablations : il est vrai de dire que c'est là un résultat réellement exceptionnel. Quoi qu'il en soit, la réalité de cette destruction radicale ne saurait plus être mise en doute. Mais une autre question des plus graves se pose : l'électrolyse n'aurait-elle pas pour effet de faire grossir les poils voisins du poil opéré ? D'après ce que j'ai vu, je crois que des opérations fréquentes d'électrolyse faites dans une région y déterminent une sorte d'excitation ou d'irritation, laquelle intervient pour quelque chose dans l'accroissement des poils de cette région. Mais on doit aussi, dans la solution de ce problème, tenir compte de deux autres éléments : 1^o de la tendance naturelle qu'avant toute opération les poils de la région avaient à grossir ; 2^o des applications, s'il y en a eu, de topiques émollients tels que cataplasmes, compresses mouillées, pommades calmantes de toute sorte, toutes substances que j'ai presque toujours vues faire pousser et grossir rapidement les poils, tandis que les poudres sèches ont plutôt de la tendance à les faire tomber. Aussi ai-je pris depuis quelque temps le parti d'engager les malades à ne se servir, après les opérations, que le moins possible de cataplasmes, de cold cream, de vaseline, de glycérine, etc., de ne rien mettre sur les régions opérées, ou de se contenter de les poudrer avec de la poudre d'amidon.

Malgré toutes les objections précédentes, je reste convaincu que l'électrolyse est une excellente méthode de traitement de l'hypertrichose. Je crois qu'elle finira par entrer dans la pratique courante pour l'ablation des poils isolés ou tout au moins peu nombreux ; mais j'estime qu'elle a besoin d'être encore étudiée et d'être perfectionnée. Telle que nous la connaissons à l'heure actuelle, on ne doit s'en servir qu'en prenant toutes les précautions que je viens de formuler.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE.

- I. — DU CHANCRE DIPHTHÉROÏDE, par MAHLON HUTCHINSON (*Journal of Cutaneous and genito-urinary diseases*, p. 13, janvier 1887).
- II. — EIN FALL VON INITIALSYPHILIS EINER TONSILLE (CHANCRE INFECTANT DE L'AMYGDALE), par le Dr RABITSCH. — *Berliner klin. Wochenschrift*. 1887, n° 17.
- III. — DU PSEUDO-RHUMATISME SYPHILITIQUE DE LA PÉRIODE SECONDAIRE, par M. le professeur FOURNIER (*Gaz. des Hôpitaux*, n° 27, 29, 1887).
- IV. — DES SYPHILIDES TERTIAIRES, par M. le professeur A. FOURNIER (*Gazette des Hôpitaux*, n° 37, 40, 41, 44, 49, 1887).
- V. — SÉMIÉLOGIE GÉNÉRALE DE LA SYPHILIS TERTIAIRE, par M. MAURIAC (*France médicale*, avril 1886).
- VI. — COEXISTENCES PATHOLOGIQUES DE LA SYPHILIS TERTIAIRE, par M. CH. MAURIAC (*France médicale*, n° 84, 1886).
- VII. — DU RÔLE ÉTIOLOGIQUE DE LA SYPHILIS DANS LES MALADIES, EN PARTICULIER DANS LES LÉSIONS PULMONAIRES OU PHTHISIE SYPHILITIQUE, par WILLIAM HENRY PORTER. (*The medical Record*, 12 mars 1887).
- VIII. — RÉTRÉCISSEMENT ŒSOPHAGIEN D'ORIGINE SYPHILITIQUE. Leçon clinique de M. le professeur POTAIN (*Gazette médicale de Paris*, n° 17, 1887).
- IX. — DIAGNOSTIC DES PARALYSIES SYPHILITQUES ET DES PARALYSIES TABÉTIQUES DE LA TROISIÈME PAIRE. — Leçons faites à l'hôpital Saint-Louis, par M. le professeur FOURNIER, rédigées par M. MOREL-LAVALLÉE (*Bulletin médical*. 1887, n° 4 et 5).
- X. — GOMMES DE L'IRIS, par A. DEHENNE (*Union médicale*, 17 février 1887).
- XI. — DE LA CHOROÏDITE DISSÉMINÉE, par JONATHAN HUTCHINSON (*The British medical Journal*, 13 janvier 1887).
- XII. — SCLÉROSE DES CORPS CAVERNEUX, par CH. MAURIAC (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Septembre et octobre 1886).
- XIII. — FONGUS SYPHILITIQUE DU TESTICULE. Leçon faite à l'hôpital du Midi, par M. CH. MAURIAC (*Bulletin médical*, 1887, n° 13).
- XIV. — DIAGNOSTIC DES ARTHRITES SYPHILITQUES. Leçon faite à l'hôpital

Trousseau, par M. le professeur LANNELONGUE (*Bulletin médical*, n° 6, 1887).

I. — P.-A. Morrow (*Arch. of Dermatology*, New York, 1876, vol. II, p. 303) et R.-W. Taylor (*Pathology and treatment of venereal diseases*, p. 490, 1883) ont décrit le chancre diphthéroïde comme un des aspects anormaux que peut prendre l'accident syphilitique initial. L'auteur a eu la bonne fortune d'observer trois cas de cette rare forme d'exsudat diphthéroïde accompagnant les ulcères vénériens; il a assisté à sa formation, à son évolution complète; puis il a continué à traiter deux de ces malades. En voici les observations :

Cas I. — Américain, âgé de 38 ans, marié, commis voyageur, mis en traitement le 8 août 1882 pour six ulcérations vénériennes du gland. Diagnostic : chancroïdes. Cautérisation avec de l'acide nitrique; pansement avec de l'iodoforme et de l'ouate hydrophile. Le 12 août, les ulcérations n'ont que fort peu diminué. On remarque, pour la première fois, qu'il existe de petites plaques de tissu d'un blanc sale sur leurs bords. On croit qu'elles sont dues à une cautérisation trop étendue par l'acide nitrique. On en fait une nouvelle application, que l'on fait suivre du même pansement. Le 14, en enlevant l'ouate, M. Hutchinson fut fort étonné de voir que la membrane d'un blanc sale s'était étendue jusqu'à recouvrir non seulement les chancroïdes, mais au moins la moitié de la face dorsale du gland.

Elle ne formait pas un revêtement uniforme et complet, on voyait çà et là quelques petits îlots de tissus non encore envahis. Elle adhérait intimement aux parties sous-jacentes dont on ne pouvait la détacher sans les faire saigner. Elle était épaisse d'une ligne environ et avait une consistance ferme. L'auteur se contenta de l'enlever et de faire un pansement à l'iodoforme.

Cette fausse membrane se reforma presque immédiatement; le 20 août, elle était encore plus étendue que le 14; elle avait d'ailleurs toujours les mêmes caractères. Le 26 août, le malade revint pour la dernière fois, il présentait toujours les mêmes symptômes.

Cas II. — Anglais, âgé de 23 ans, journaliste; il vint consulter l'auteur le 2 avril 1885 pour une assez large ulcération chancroïdale située sur le prépuce, près du frein, couverte d'un pus jaunâtre; il y en avait trois autres petites sur le gland. On les cautérise avec de l'acide nitrique et on les panse avec de l'iodoforme. L'aspect de ces lésions était tellement celui du chancre simple, que l'auteur ne fit guère attention aux antécédents du malade qui avait eu un chancre, dit chancre mou, à New-York, en 1883, et une gonorrhée en 1884. Le 23 avril les chancres étaient cicatrisés.

Le 12 mai, le malade revint avec six ou huit petites ulcérations situées autour de la couronne, recouvertes d'une membrane d'un blanc sale qui s'étendait au delà, et qui, lorsqu'on l'enleva, laissa au-dessous d'elle une surface excoriée. L'auteur ordonna de poudrer avec du calomel et de faire des lotions avec du sous-acétate de plomb, de l'alcool et de l'eau. Le 15 mai, l'aspect des parties malades était absolument identique à la description que donne Morrow dans son article. Les quatre cinquièmes antérieurs du gland étaient recouverts d'un revêtement brillant, d'un blanc grisâtre, d'une consistance ferme, simulant dans tous ses caractères physiques un exsudat diphthéritique. Ce revêtement avait une épaisseur uniforme, était surélevé d'en-

viron deux lignes au-dessus de la muqueuse saine, et s'étendait sur toute la surface du gland, à l'exception d'une étroite zone vers la couronne. La ligne de démarcation entre cette membrane et la peau saine était des plus nettes. Au toucher, on éprouvait une sensation de corps souple et gras. Il n'y avait aucune trace d'induration à la base, aucune sécrétion appréciable à la surface; et elle adhérait intimement aux tissus sous-jacents. L'auteur en enleva la plus grande partie avec beaucoup de difficulté, et il pansa à l'iodoforme les surfaces sous-jacentes. Le 1^{er} juin, la fausse membrane avait entièrement disparu.

Le 15 août, on trouva deux ulcérations d'apparence syphilitique sur le voile du palais, et on donna au malade le traitement mixte.

Cas III. — Américain, âgé de 23 ans, musicien, vu le 10 septembre 1885, pour cinq ulcérations vénériennes datant de cinq jours, sur le gland et la face interne du prépuce. Pas d'antécédents vénériens. Les derniers rapports ont eu lieu dix-huit jours avant que le malade ne se soit aperçu des accidents actuels. Les ulcérations ne sont pas indurées, elles sont superficielles, recouvertes d'un pus jaunâtre, et ont tout l'aspect des chancreïdes. L'auteur les cautérisa à l'acide nitrique, et les pansa à l'iodoforme. Le 26 septembre, elles étaient cicatrisées.

Le 19 avril 1886, sept mois après l'apparition de ces prétendus chancres simples, le malade vint consulter le Dr Hutchinson pour une alopecie en aires datant de deux mois, et pour trois plaques muqueuses et une végétation du gland. Le 23 avril, il s'était développé sur ces dernières lésions une fausse membrane absolument identique d'aspect à celles des faits précédents. On institua un traitement général antisypilitique et on fit le même traitement local que dans le deuxième cas.

L'auteur discute ensuite les observations que nous venons d'analyser. Il fait remarquer que, dans le premier cas, la membrane diphthéroïde ne s'est développée qu'après une cautérisation. Quant au deuxième cas, que les ulcérations cautérisées le 2 avril 1885 aient été de véritables chancres ou des plaques muqueuses ulcérées, il n'en est pas moins vrai que la membrane diphthéroïde qui s'est développée le 12 mai n'a pas été l'accident initial. Dans le troisième cas il est absolument démontré pour l'auteur que la fausse membrane s'est réellement formée sur des lésions de syphilis secondaire. Il en conclut que ces productions néomembraneuses diphthéroïdes ne surviennent pas sur les lésions initiales de la syphilis, mais sur des accidents secondaires dont elles constituent une complication des plus rares.

Il croit que dans le premier et le deuxième cas, il a pris pour des chancreïdes des plaques muqueuses irritées et ulcérées, et que dans le troisième cas il a pris des chancres syphilitiques pour des chancres simples.

Les conclusions de l'auteur me paraissent bien radicales. Ses observations ne sont en somme rien moins que démonstratives, et confirmeraient-elles de tout point ses assertions, qu'elles ne sauraient prouver que le chancre syphilitique ne peut se compliquer d'un exsudat diphthé-

roïde, et que les cas déjà publiés sous ce nom sont des erreurs de diagnostic.

L. B.

II. — On connaît encore très peu de cas de sclérose initiale des amygdales. Le Dr Rabitsch en a observé un cas chez un homme de 42 ans. L'ulcération à un aspect cratériforme, avait son siège sur l'amygdale gauche, engorgement typique des ganglions sous-maxillaires du même côté. Trois semaines après syphilide papuleuse généralisée. Malgré un traitement mercuriel et ioduré une nouvelle poussée se fit quelques mois plus tard, les accidents cédèrent au traitement spécifique.

L'auteur signale en passant un mode de traitement des bubons usité chez les Arabes, et, parait-il, avec succès. Il consiste dans l'application d'une bouillie d'oignons, de mélasse et de poivre.

A. ROYON.

III. — M. le professeur Fournier donne le nom de pseudo-rhumatisme syphilitique secondaire aux manifestations articulaires de la syphilis qui surviennent au cours de la période secondaire.

Cette dénomination rappelle les ressemblances cliniques que ces déterminations morbides affectent avec le rhumatisme et signale implicitement l'erreur clinique à éviter. Et, en effet, jusqu'à une époque voisine de la nôtre, ces dénominations articulaires étaient considérées comme de simples accidents de rhumatisme affectant par aventure des sujets syphilitiques. Depuis les leçons sur la syphilis faites à Lourcine, de nombreux travaux ont confirmé et étendu nos connaissances sur cette question. M. Fournier vient de l'étudier de nouveau, ayant eu dans les salles de clinique de l'hôpital Saint-Louis quelques malades atteints d'accidents de pseudo-rhumatisme syphilitique. Dans la période secondaire, les manifestations articulaires de la syphilis comprennent trois ordres de phénomènes qui peuvent être différenciés et dénommés de la façon suivante : 1° des arthralgies ou douleurs articulaires sans lésions appréciables; 2° des arthrites subaiguës ou fluxions subinflammatoires des jointures; 3° des hyarthroses ou fluxions hyperériniques des jointures.

Les arthralgies sont les plus communes de toutes les manifestations articulaires de la syphilis secondaire; on les rencontre plus communément chez la femme que chez l'homme; on les observe chez les femmes nerveuses en même temps que la céphalée, les troubles du sommeil, l'accablement, la courbature, les douleurs névralgiques, la fièvre syphilitique. Elles se produisent dès le début de la période secondaire et coïncident avec ce qu'on appelle la première poussée. Ces arthralgies ne sont caractérisées que par une sensibilité morbide de la jointure, il n'y a ni tuméfaction, ni déformation, ni rougeur tégumentaire, ni épanchement

synovial. La douleur est le seul signe, elle est déterminée par la pression et les mouvements; quelquefois nulle à la pression, elle n'est sensible que dans les mouvements; elle présente de plus, comme caractère assez fréquent de s'accroître par le repos et de se dissiper par l'exercice. Le siège de ces arthralgies est surtout dans les grandes jointures (articulations scapulo-humérales, genoux, coudes, poignets, etc.). La durée est variable suivant l'intervention ou la non-intervention, mais elles durent alors plus ou moins longtemps; soumises au traitement spécifique, elles disparaissent en quelques jours. Le traitement a pour base le mercure (0,05 à 0,10 de protiodure); l'addition au mercure de 0,50 à 1 gr. de potassium accélère encore la sédation des douleurs.

Les *arthrites subaiguës* sont les plus rares de toutes les manifestations articulaires de la syphilis secondaire. La jointure atteinte est douloureuse, légèrement augmentée de volume, fluxionnée mais non déformée; elle offre, en un mot, l'ensemble de symptômes qui caractérisent, soit une arthrite légère, soit une fluxion rhumatismale articulaire de forme subaiguë. Le siège le plus habituel est l'articulation du genou; elle n'existe ordinairement que d'un côté.

La troisième forme morbide que peut revêtir le pseudo-rhumatisme syphilitique de la période secondaire est l'*hydarthrose secondaire*. Elle est plus commune que la précédente. Tout se borne dans cette forme à un épanchement moyen qui se produit dans une jointure pour ainsi dire à froid, sans phénomènes réactionnels généraux, et avec une douleur très modérée, légère, ou même nulle dans certains cas. Aussi l'hydarthrose secondaire peut ne pas attirer l'attention des malades. Comme localisation, son siège presque exclusif est l'articulation du genou. A la suite de ces deux dernières formes de pseudo-rhumatisme syphilitique, le genou peut être le siège de craquements tenant à une sorte d'arthrite sèche consécutive.

Les analogies des arthropathies syphilitiques secondaires avec le rhumatisme simple sont des plus grandes; aussi certains auteurs les considèrent-ils comme des phénomènes de rhumatisme vulgaire accidentels développés sur des sujets en puissance de syphilis. Tout en admettant ces coïncidences possibles, M. Fournier montre les différences qui existent entre les arthropathies de la syphilis secondaire et le rhumatisme. Les caractères suivants peuvent établir le caractère spécifique des arthropathies: elles affectent presque exclusivement les grandes jointures et toujours un petit nombre de celles-ci, une ou deux le plus souvent; elles ont une fixité qui contraste avec la mobilité fréquente du rhumatisme vulgaire; elles ne déterminent pas de réaction générale, jamais elles ne retentissent sur le cœur; elles se montrent à la période secondaire de la syphilis, en dehors des causes habituelles du rhumatisme; enfin, le

traitement spécifique les guérit en quelques jours, tandis qu'elles sont rebelles aux médications vulgaires du rhumatisme. L. PERRIN.

IV. — Dans une série de leçons faites à l'hôpital Saint-Louis, M. le professeur A. Fournier a exposé l'histoire clinique des syphilides tertiaires. Il a étudié leurs caractères, leurs formes, les aspects qu'elles présentent, les cicatrices qu'elles laissent après elles, leurs variétés et les complications qui peuvent survenir dans leur processus. Le diagnostic différentiel des scrofulides et des syphilides, le traitement général et local de ces lésions ont donné lieu à d'importantes remarques et à d'intéressants développements.

Avant d'aborder l'étude des syphilides tertiaires, M. Fournier, pour montrer le contraste qui existe entre celles-ci et les syphilides secondaires, énumère les caractères typiques de ces diverses lésions. Ainsi, les syphilides secondaires sont : 1° des dermatoses superficielles, bénignes, résolutives et spontanément résolutives ; 2° profuses, disséminées, le plus souvent généralisées ; 3° polymorphes, c'est-à-dire composées d'éléments éruptifs différents ; 4° ces éléments éruptifs sont disséminés au hasard sans méthode, sans coordination réciproque.

Les caractères des syphilides tertiaires sont, au contraire, les suivants : 1° ce sont des lésions circonscrites ; 2° profondes, presque toujours ulcéreuses ; 3° graves par leur profondeur ; 4° chroniques, durant plusieurs années, si elles sont abandonnées à elles-mêmes ; 5° monomorphes ; 6° méthodiques, c'est-à-dire soumises à une véritable discipline éruptive, groupées en bouquets, annulaires, demi-cerclées.

La lésion la plus caractéristique et la plus commune de la syphilis tertiaire est la gomme. C'est une petite tumeur enchâssée dans la peau, solide, pleine, organisée, mais non stable. Elle est soumise, en effet, à une dégénérescence aboutissant soit à l'atrophie interstitielle, soit au ramollissement et à l'ulcération. Si la gomme se termine par résorption avec cicatrice à sa surface, elle constitue la syphilide gommeuse sèche. Si, au contraire, elle s'ulcère, elle constitue la syphilide gommeuse ulcérate, qui est le type tertiaire par excellence. Voici quels sont ses caractères : elle est tardive, elle apparaît habituellement après la troisième année et à tous les âges de la syphilis après cette troisième année. Son siège de prédilection est la face (visage, nez, lèvres, oreilles). Son mode de groupement est circonférentiel ; elle débute par la forme sèche, puis la nodosité se ramollit et l'ulcération se forme.

L'ulcération gommeuse constituée est recouverte par une croûte ; celle-ci a une couleur verdâtre ou vert brun foncé, et même noirâtre ou noire ; elle est compacte, résistante, dure, inégale, souvent ostracée, rocailleuse, enchâssée sous la peau ; son épaisseur est de 1 à 2 milli-

mètres. Une fois la croûte enlevée, on voit une ulcération le plus souvent arrondie, circonée, entamant plus ou moins profondément le derme ; elle paraît plus profonde en raison de l'exhaussement des bords, qui sont infiltrés, durs, résistants. Son fond est grisâtre, lardacé, bourbillonneux. Après avoir duré quelque temps, si elles ont une certaine tendance à se réparer, ces ulcérations subissent les modifications suivantes : les aréoles diminuent, les bords s'effacent, le fond se déterge, bourgeonne, et la cicatrisation commence. Une fois établies, les cicatrices persistent ; elles sont remarquables par leur configuration arrondie, circonée, par leur groupement en cercle, quand elles sont nombreuses ; par leur profondeur, enfin par leur pigmentation noire indélébile. Dans quelques cas, cependant, cette coloration disparaît, et la cicatrice devient blanche.

Les trois caractères dominants des syphilides gommeuses ulcératives sont : l'insidiosité, la ténacité, la facilité de récurrence. Leur début est, en effet, insidieux ; sur le nez, par exemple, ce sont quelques petits boutons analogues à ceux de l'acné, qui, au bout de quelques mois ou même de plusieurs années, se ramollissent, s'ulcèrent et, dans l'espace de quelques jours, perforent l'aile du nez. La ténacité de la syphilide gommeuse n'est pas moins remarquable. Une fois établie sur un point, elle y persiste pendant des mois et des années, progressant dans un sens ou dans l'autre. Quant aux récurrences, elles se produisent *in situ*, sur la cicatrice elle-même ou à distance.

Les variétés des syphilides tertiaires sont très nombreuses ; mais M. le professeur Fournier en étudie seulement deux qui sont réellement importantes : 1° la forme mixte, caractérisée par l'association de la syphilide tuberculeuse sèche à la syphilide ulcéreuse : chacune évolue en conservant ses caractères propres ; 2° la forme hypertrophique caractérisée par l'addition à la syphilide tuberculeuse sèche d'une infiltration interstitielle gommeuse des parties sur lesquelles existe la lésion. Quelquefois les nodosités sont peu nombreuses, et c'est l'infiltration qui prédomine ; les tissus plus ou moins considérablement hypertrophiés présentent une surface lisse et non plus nodulaire, et, dans ces cas, la face, par exemple, peut prendre un aspect léonin (léontiasis syphilitique, syphilome hypertrophique diffus).

Un fait remarquable dans l'histoire des syphilides tertiaires, c'est l'absence de troubles fonctionnels, leur indolence, à moins de complications incidentes. Celles-ci, quoique pas très communes, sont de quatre ordres, à savoir : l'inflammation, l'érysipèle, la gangrène, le phagédénisme.

La lésion évoluant généralement à froid, l'inflammation est assez rare ; lorsqu'elle existe, elle est le résultat de quelques causes locales (malpropreté, pansements irritants, etc.) ou générales (veilles, fatigues, excès

et surtout alcoolisme). Cette inflammation détermine une sorte de turgescence générale de la partie malade, de l'empâtement, une sensibilité anormale.

L'érysipèle n'est pas toujours fâcheux, il est quelquefois curatif; mais il ne faut pas exagérer son influence et ne pas chercher à le provoquer. Parfois, il est absolument indifférent.

La gangrène peut être primitive ou consécutive. Dans le premier cas, c'est la syphilide tuberculo-gangreneuse de Bazin; il se forme une eschare au-dessous de laquelle on trouve les tissus mortifiés insensibles. Les parties sphacélées se détachant, on rencontre au-dessous l'ulcération syphilitique. Ces phénomènes peuvent se produire sur l'universalité des lésions et caractérisent la gangrène essentielle primitive.

Le phagédénisme est la complication par excellence; il peut se présenter sous deux formes: la forme superficielle et la forme profonde ou perforante, térébrante; celle-ci constitue le véritable phagédénisme.

Le phagédénisme superficiel ou serpigneux marche par infiltration gommeuse progressive des bords qui, peu à peu, se ramollissent, s'ulcèrent à leur tour, se continuant ainsi avec l'ulcération primitive. Ces ulcérations serpigneuses sont le plus souvent méthodiques dans leur évolution et procèdent ou par bandes circonées, sinueuses ou par rayonnement centrifuge. Ce qui est alors remarquable, c'est de voir les caractères de leurs bords opposés. Au niveau des points où s'étend l'ulcération, les bords sont infiltrés, saillants, taillés à pic, tandis que, du côté opposé, ils sont plats et marchent vers la cicatrisation. Dans le rayonnement centrifuge, l'aspect est le même: le centre est en voie de cicatrisation, ou même cicatrisé, tandis qu'à la périphérie, les bords sont ulcérés et infiltrés. Avec le phagédénisme, il faut s'attendre à toutes les surprises; ainsi, au moment où la lésion est en bonne voie de guérison, malgré la non-interruption du traitement, elle peut subir une poussée nouvelle et envahir toute une région. Et encore c'est là le petit phagédénisme. Le grand, le vrai phagédénisme, envahit et détruit successivement la peau, la couche cellulo-adipeuse, les aponévroses, les muscles, les cartilages, les os qui arrivent à s'exfolier, se carier. C'est le phagédénisme térébrant, dont le siège de prédilection est la face, le nez en particulier. Pendant sa durée, l'indifférence locale et générale de l'organisme est d'ordinaire remarquable. Mais il n'en est pas toujours ainsi; les sympathies organiques s'éveillent, et alors apparaissent les phénomènes douloureux, la fièvre hectique, la consommation.

Quoique les syphilides tertiaires n'aient pas de signes véritablement pathognomoniques, quand elles se présentent avec l'ensemble des caractères que nous avons analysés, il est assez facile de les reconnaître. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Pour arriver à établir le

diagnostic différentiel des scrofulides et des syphilides, M. A. Fournier étudie d'une manière complète leurs caractères objectifs et rationnels.

Les caractères objectifs sont tirés de la couleur et de la consistance des croûtes, de l'état des bords et du fond, de la configuration d'ensemble de la scrofulide et de la syphilide. Quoique excellents, les signes objectifs sont insuffisants, leur valeur est restreinte parce qu'ils n'ont rien d'absolu; il faut y joindre l'étude des signes rationnels. Ceux-ci sont au nombre de cinq : 1° l'évolution morbide des deux affections; 2° les accidents contemporains; 3° les antécédents morbides; 4° l'examen des maladies; 5° l'enquête sur les ascendants et les collatéraux. Si, avec ces éléments, le diagnostic ne pouvait être encore établi, il resterait à instituer le diagnostic thérapeutique qui ne peut nuire en cas de scrofulide et guérit en cas de syphilide.

Le traitement est général et local. L'iodure de potassium est le spécifique des syphilides gommeuses, il faut le prescrire immédiatement et à doses suffisantes (3, 6 et 8 grammes par jour). En moyenne, une dose de 6 grammes est suffisante. Quant au mercure, son activité thérapeutique est inférieure à celle de l'iodure. Il peut être formellement contre-indiqué chez les sujets débilités, voisins de la cachexie, à fonctions digestives languissantes. La médication la plus efficace contre les syphilides tertiaires consiste à associer le mercure à l'iodure de potassium, surtout dans les formes sèches (syphilides tuberculeuses). Dans ces cas, M. le professeur Fournier donne par jour, à un homme adulte, 2 à 3 pilules de Dupuytren et 3 à 4 grammes d'iodure de potassium. Contre les formes suppurées, le traitement ioduré donne les meilleurs résultats; le mercure est superflu, il ne faut y recourir qu'en cas d'insuccès par l'iodure de potassium seul.

La médication topique peut être laissée de côté dans les formes sèches, quoique le pansement par occlusion au taffetas de Vigo exerce une action locale résolutive. Dans les formes suppuratives, on doit faire tomber les croûtes, puis panser avec le taffetas de Vigo ou l'iodoforme. L. PERRIN.

V. — M. Mauriac met d'abord en relief l'absence de toute réaction de l'organisme pendant l'évolution de la syphilis tertiaire; il établit ensuite les caractères généraux du tertiariisme :

1° Absence de prodromes généraux et locaux; 2° insidiosité du début; 3° latence des phénomènes pendant toute leur évolution; 4° la nullité des effets synergiques et des phénomènes sympathiques ou réflexes; 5° l'isolement des lésions; 6° l'incertitude des points circonscrits de l'organisme où s'effectuera la détermination.

Le tertiariisme des viscères se traduit par des troubles fonctionnels, sans caractère particulier qui permette de décèler leur nature. Aussi

n'est-il pas étonnant que la syphilis viscérale ait été si longtemps méconnue. Cependant, les troubles fonctionnels de la syphilis viscérale offrent parfois des caractères inattendus, anormaux, d'une grande importance. Le plus souvent, il y a incoordination symptomatique et topographique; mais, d'autres fois, les syndromes sont aussi complets que dans les affections d'ordre commun. Tels sont, par exemple, le syndrome aphasie et hémiplegie droite; certaines épilepsies, quelques affections de la moelle épinière, du foie.

Le tertiariisme peut entraîner à la longue une cachexie syphilitique tertiaire, grave par elle-même, et par l'obstacle qu'elle apporte à l'action curative des médicaments.

Cette cachexie ultime est bien différente en gravité de la cachexie initiale ou d'intoxication. Dans celle-ci, il n'y a qu'un simple appauvrissement global du sang, tandis que dans la première, tous les éléments du sang paraissent atteints. L. P.

VI. — La syphilis tertiaire peut se produire à tout âge de l'individu, aussi bien dans la période ascendante que dans la période descendante de la vie; elle peut donc se manifester en même temps que la scrofule, que la tuberculose, le cancer, les dartres, l'arthritisme, etc. Cette coexistence d'états morbides généraux latents ou en activité ne donne pas lieu à des événements pathologiques aussi considérables qu'on pourrait le croire. Et la preuve, c'est que l'on ne connaît pas encore d'une façon bien exacte quels sont les résultats d'un pareil conflit chez le même individu. Un fait cependant qui est bien établi, c'est qu'aucune maladie constitutionnelle ne prémunit contre les autres. Il n'y a entre elles aucune incompatibilité; bien plus quelques-unes semblent se donner rendez-vous sur les mêmes systèmes et les mêmes organes et y vivre en bonne intelligence.

Ces prémisses posées, M. Mauriac, dans une étude fort intéressante, passant en revue les diverses maladies constitutionnelles, montre que la syphilis forme avec elles soit des combinaisons, soit des associations. Avec l'arthritisme, l'herpétisme, la scrofule, la tuberculose et l'alcoolisme, la syphilis a des affinités plus ou moins grandes et forme des combinaisons plus ou moins intimes. Au contraire, avec le cancer, l'albuminurie, le diabète, elle produit des associations; l'autonomie de chacun des facteurs persiste et peut se retrouver au moyen d'une analyse clinique minutieuse, ou bien grâce à l'emploi du traitement spécifique de la syphilis. Dans une dernière partie, M. Mauriac étudie l'influence des maladies aiguës sur les accidents syphilitiques et celle du traumatisme sur la syphilis, et réciproquement de la syphilis sur le traumatisme.

Parmi les affinités électives de la syphilis tertiaire, M. Mauriac met en

première ligne l'arthritisme. Il n'est pas rare, en effet, de voir les déterminations de ces deux grandes maladies constitutionnelles se concentrer sur les mêmes points. Dans un grand nombre de glossopathies et de dermatopathies palmaires et plantaires, les deux influences diathésiques sont manifestes ; il en est de même dans certains myélopathies et cérébroopathies, dans certaines affections musculaires partielles, dans les affections articulaires, oculaires. En somme, la syphilis et l'arthritisme peuvent se rencontrer partout, mais, sauf sur la muqueuse linguale, et dans la paume des mains et la plante des pieds, leur conflit est beaucoup plus viscéral que tégumentaire.

La dartre fait sentir son influence surtout dans la première phase de la syphilis : elle imprime parfois une physionomie psoriasiforme à certaines manifestations cutanées et muqueuses ; la langue en même temps que les pieds et les mains sont le siège de prédilection des déterminations syphilitico-herpétiques. La combinaison de ces deux diathèses produit d'une manière générale des manifestations externes plutôt que des déterminations viscérales.

Il en est de même de la scrofule et de la syphilis qui concentrent leur action surtout sur la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les ganglions lymphatiques, les os et les muqueuses. La tuberculose et la syphilis peuvent sévir sur le même sujet et aggraver réciproquement leur action respective. Elles ont des organes de prédilection comme le larynx, les testicules, les poumons où elles produisent à peu près les mêmes désordres avec un appareil symptomatique qui ne diffère souvent que par des nuances insensibles. La syphilis se rencontre bien souvent avec l'alcoolisme. Le foie est l'organe sur lequel ces deux états morbides produisent simultanément des lésions identiques. Le conflit de la syphilis avec le saturnisme est peu connu.

Pour le cancer, M. Mauriac cite le cas d'une syphilitique qui guérit par l'iodure de potassium de gommages syphilitiques, tandis que la lésion cancéreuse évoluait de son côté. Il ne constata point cette hybridité cancéreuse dont parle M. Verneuil. La syphilis se voit chez les diabétiques et les deux maladies n'ont semblé à M. Mauriac avoir l'une sur l'autre aucune influence manifeste et constante.

Les accidents tertiaires tout aussi bien que les secondaires à la condition qu'ils siègent sur la peau et sur les muqueuses, subissent l'influence des maladies aiguës et certaines pyrexies graves, l'érysipèle, par exemple, font disparaître facilement des syphilis ulcérées.

Quant aux rapports du traumatisme avec la syphilis tertiaire, ils ont été bien étudiés par M. Verneuil : on sait qu'une syphilide circonscrite, des gommages sous-cutanées et périostiques peuvent survenir sur une région qui a été le siège d'un traumatisme avec ou sans perte de sub-

stance. Si le traumatisme est susceptible de provoquer des manifestations tertiaires qui, sans lui, ne se seraient pas produites, de son côté, le tertiariisme agit sur le traumatisme pour entraver son processus de guérison.

L. PERRIN.

VII. — L'auteur rappelle que la syphilis pulmonaire se caractérise anatomiquement par un épaississement progressif des parois alvéolaires précédé ou accompagné d'une transformation hyaline des parois des tout petits vaisseaux. A ces lésions s'associent souvent des dépôts inflammatoires et des formations gommeuses, lesquelles deviennent des masses caséeuses, s'encapsulent ou se ramollissent et donnent naissance à des cavités : dans le premier cas, c'est la pneumonie syphilitique, et dans le second, la phthisie syphilitique.

Après avoir rapidement énuméré les caractères anatomiques et histologiques qui permettent de distinguer la gomme syphilitique du tubercule et du sarcome, l'auteur aborde son sujet et pose d'abord en fait que les lésions syphilitiques des viscères sont des lésions fréquentes, en particulier que la syphilis pulmonaire est une affection commune de l'adulte, qu'elle soit la conséquence soit d'une syphilis acquise, soit d'une syphilis héréditaire, et ce dernier cas s'observe presque aussi fréquemment sinon tout aussi fréquemment que le premier.

Pour arriver à des résultats précis au point de vue de la constatation des lésions histologiques caractéristiques de la syphilis pulmonaire, l'auteur a divisé les cas qu'il a observés en trois groupes : 1° Ceux dans lesquels il y avait eu des antécédents fort nets de chancre syphilitique, puis des symptômes positifs de lésions viscérales ; 2° ceux dans lesquels l'infection acquise ou héréditaire semblait faire totalement défaut ; 3° ceux dans lesquels on ne pouvait arriver à établir rien de précis comme existence ou comme absence d'intoxication syphilitique.

Or, dans le premier groupe de faits, l'auteur a constamment observé dans toutes les lésions viscérales, soit au foie, soit aux poumons, soit aux reins, soit à l'axe encéphalo-médullaire, une transformation hyaline marquée des vaisseaux anciens et de nouvelle formation. Il y a trouvé également de nombreux néoplasmes variant comme grosseur d'un grain de millet à celui d'une petite orange, visqueux au toucher, et ayant une tendance marquée à se ramollir au centre, à s'agrandir et à s'entourer d'une capsule vasculaire fort nette. Dans le centre ramolli de ces gomme, il a toujours trouvé les bacilles de Lutsgarten.

Dans le deuxième groupe de faits, il n'a jamais constaté d'épaississement hyalin des parois vasculaires. Le néoplasme tuberculeux n'avait aucune tendance à s'entourer d'une capsule distincte ; la masse granuleuse n'était pas vasculaire, et il y a toujours trouvé le bacille de la tu-

berculose. Il a laissé complètement de côté les faits du troisième groupe.

Aussi, le Dr Porter croit-il pouvoir conclure de ces recherches que les lésions que nous venons d'énumérer sont bien caractéristiques de la syphilis tertiaire, et que nous possédons à l'heure actuelle le moyen histologique de différencier les lésions syphilitiques des poumons des lésions tuberculeuses. On a attribué les altérations vasculaires qu'il a constatées à l'abus de l'alcool, du café, du thé, etc. Quelques auteurs ont même voulu en faire une nouvelle affection. Pour lui, en procédant à cette étude méthodique des faits, il est arrivé à cette conclusion précise que, dans tous les cas de syphilis avérée, on trouve ces lésions, tandis qu'on ne les observe dans aucune autre circonstance.

Voici quelques-uns des nombreux détails anatomiques que le Dr Porter fait ensuite connaître dans son important mémoire. Ainsi qu'on l'a souvent remarqué, les poumons syphilitiques peuvent ressembler dans leur ensemble aux poumons tuberculeux. Parfois ils sont libres, plus fréquemment ils ont des adhérences plus ou moins étendues, assez complètes dans quelques cas pour oblitérer la cavité pleurale. La plèvre elle-même peut être fort épaissie, surtout vers les sommets. Sur une coupe, on constate que les lobes principaux, souvent même que les lobules sont séparés les uns des autres par des bandes distinctes de tissu connectif de nouvelle formation. Les bronches et surtout les bronchioles ont subi les mêmes altérations, et les glandes bronchiques sont indurées et pigmentées. On voit de nombreux noyaux caséux qu'un œil exercé reconnaît pour être des gommes, et qui varient comme grosseur des dimensions d'un tubercule miliaire à celles d'un œuf de poule : ils peuvent former des amas ou constituer des noyaux arrondis et isolés. Ils sont séparés les uns des autres par de la pneumonie dégénérative ou par un épaississement interstitiel du tissu pulmonaire. Dans les périodes avancées, il n'est pas rare de trouver des cavernes, et elles peuvent fort bien exister vers le sommet, ou tout au moins fort haut dans le lobe supérieur.

Tous les cas examinés par l'auteur prouvent que, d'ordinaire, les points par lesquels débute l'affection sont les sommets et non, comme on l'a prétendu, la base et la partie antérieure des poumons. Les lésions histologiques sont nombreuses et variées : celle qui appelle surtout l'attention est une néoformation très abondante de tissu connectif. Par places, on trouve de larges tractus fibreux ressemblant à du tissu tendineux, et entre eux le tissu pulmonaire est universellement épaissi. Les fibres élastiques jaunes sont plus volumineuses et paraissent, par suite, plus abondantes. L'absence totale ou presque totale de pigmentation prouve bien que cette sclérose n'est due ni à des particules de charbon, de fer, de silice, etc., comme dans les pneumokonioses, ni à une congestion chronique, car, dans ce dernier cas, on constaterait la présence

de pigment sanguin. L'épaisseur des parois vasculaires varie de 20,833 μ à 124,999 μ , mais d'ordinaire elle est de 31,250 μ à 41,666 μ . Dans nombre de cas, on voit des capillaires au centre des tractus fibreux; il est parfois possible de mesurer l'épaisseur des parois qui séparent les capillaires des cavités alvéolaires: elle varie de 20,833 μ à 62,500 μ . On comprend, dès lors, que l'hématose est considérablement entravée, ce qui explique l'intensité de la dyspnée.

Le tissu connectif peut présenter, de plus, les quatre caractères suivants: 1° des tractus épais de tissu fibreux blanchâtre ne renfermant que peu d'éléments cellulaires; 2° une trame moins dense avec de nombreux petits éléments ronds d'un diamètre moyen de 4,166 μ : en d'autres points, ce même tissu connectif renferme quantité de cellules ovalaires de 19,230 μ de long sur 3,002 μ de large; 3° une substance fondamentale parsemée de corpuscules nucléés arrondis de 4,166 μ de diamètre, ressemblant assez à des cellules de sarcome; 4° des tractus fibreux épaissis ayant un aspect granuleux et paraissant être en dégénérescence.

Dans beaucoup de bronches terminales, on voit un épaississement fibreux marqué; plusieurs alvéoles sont remplies d'un exsudat inflammatoire qui peut présenter les aspects suivants: 1° les alvéoles sont remplies de globules rouges, de leucocytes, d'épithélium desquamé, de fibrine en fibrilles identique à celle que l'on observe dans le deuxième stade de la pneumonie lobaire; 2° d'autres renferment des cellules rondes, décolorées, comme dans l'hépatisation grise; 3° d'autres contiennent des cellules épithéliales à noyaux distincts, grosses et arrondies; 4° d'autres enfin renferment une substance granuleuse dégénérée qui ne peut se colorer. Ces quatre lésions que nous venons de signaler existent les unes à côté des autres, de telle sorte qu'il semble que chaque alvéole ait sa lésion distincte qui évolue indépendamment de celle des autres. Ce processus est surtout regardé par les anatomo-pathologistes comme caractéristique de la pneumonie chronique et non de la syphilis. Cette pneumonie toute particulière avec dilatation des bronches explique pourquoi les râles sibilants, ronflants, crépitants et sous-crépitanes font totalement défaut.

Les gomme volumineuses sont entourées d'un tissu connectif laminé tout particulier qui tend à encapsuler et à isoler la lésion granuleuse centrale. La substance pulmonaire avoisinante est le siège d'une pneumonie fibreuse et dégénérative particulière. Les capsules sont fort vasculaires, les petits vaisseaux ont des parois épaissies et hyalines. Le centre de la gomme se ramollit souvent, se vide dans la bronche en laissant une cavité qui peut se resserrer et former une simple cicatrice, ou bien rester stationnaire pendant des mois, ou bien enfin s'ulcérer et s'agrandir.

On trouve, de plus, dans les poumons de nombreux petits corpuscules

miliaires, ressemblant tout à fait aux tubercules, mais qui ne sont ni opaques, ni transparents. L'auteur leur a donné le nom de gommes miliaires. Ces gommes peuvent parfois se réunir; mais, au début, elles sont arrondies et isolées. Elles sont entourées d'un tissu connectif à fibrilles concentriques et fort vasculaire; les parois de ces vaisseaux ont subi la transformation hyaline et sont épaissies. Il n'y a d'ordinaire dans ces néoplasies aucune cellule géante. Tous ces caractères histologiques permettent de les différencier des tubercules. Cependant les analogies sont assez grandes entre ces deux lésions pour que l'auteur soit amené à se poser les trois questions suivantes :

1° Est-ce que la tuberculose ne vient pas s'ajouter à la syphilis?
2° Dans les dernières périodes de la syphilis pulmonaire, ne peut-on pas voir survenir une tuberculose miliaire? Le Dr Porter croit pouvoir répondre par la négative à ces deux questions. Certes, il n'y a aucune impossibilité à ce que la tuberculose se développe dans un poumon syphilitique, mais l'examen histologique ne lui a jamais permis de constater cette complication; jamais il n'a trouvé le bacille de Koch, et, de plus, l'absence de toute élévation de température fait cliniquement rejeter cette hypothèse;

3° Les gommes miliaires n'ont-elles pas été souvent prises pour des tubercules miliaires? — Il est incontestable que les signes rationnels de la syphilis pulmonaire ressemblent, à beaucoup d'égards, à ceux de la tuberculose. Les malades se plaignent d'avoir pris froid, de ne s'être jamais complètement rétablis, et d'avoir depuis une toux sèche ou une abondante expectoration muco-purulente. Les crachats sont blancs et mousseux, ou bien épais, purulents, d'une couleur grise ou jaunâtre, comme dans la tuberculose. L'expectoration est abondante dès le début dans la syphilis, les hémorragies peuvent être fréquentes; la dyspnée est un symptôme précoce et fort pénible. Les douleurs pleurétiques sont assez communes; on observe surtout une grande faiblesse générale qui contraste avec le bon aspect apparent du malade, car l'amaigrissement ne se produit pas comme dans la tuberculose. La peau est chaude et moite au toucher, mais il n'y a que peu ou point d'élévation de température. Les transpirations nocturnes sont fréquentes et pénibles; le malade se plaint de céphalalgie et de douleurs vagues et errantes avec recrudescences nocturnes dans les os et les divers tissus du corps. — L'auteur donne de toutes ces petites différences cliniques qui existent entre la syphilis et la tuberculose des explications basées sur la physiologie pathologique. — Tandis que, dans la tuberculose, l'estomac est un des premiers organes intéressés, dans la syphilis il reste indemne, à moins que le foie ne soit, lui aussi, profondément atteint.

Au point de vue des signes physiques, le Dr Porter signale les faits

suivants : la dyspnée est intense, il n'y a que peu d'expansion de la poitrine, bien que tous les muscles respiratoires entrent en jeu. Tout d'abord, il n'y a pas de dépression thoracique, et même, dans certains cas avancés, ce signe n'est que fort peu accentué. Au début, il peut y avoir de l'exagération des vibrations thoraciques, plus tard elles sont plutôt diminuées. La matité est fort variable; elle est surtout accentuée vers les sommets et diminuée vers les bases; il y a des points circonscrits où elle est très forte. — L'inspiration et l'expiration sont rudes et prolongées; les deux temps de la respiration sont séparés par un léger silence. Aux sommets, la respiration a un timbre bronchique parfois amphorique, et cependant l'autopsie ne révèle point de cavité, mais de l'induration du tissu pulmonaire: ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut, on n'entend que rarement des râles.

Un autre signe fort net et pathognomonique est une douleur particulière s'accompagnant d'œdème au niveau du sternum et des crêtes tibiales; quand le sternum est fort sensible, les crêtes tibiales le sont moins, et *vice versa*. Ce symptôme disparaît d'ailleurs dès qu'on donne le traitement.

Le pronostic dépend complètement de la rapidité avec laquelle on pose le diagnostic, et l'on institue le traitement. Il est nécessaire d'agir sur le foie en administrant des doses convenables de calomel et de podophylle, et il faut recourir à la méthode mixte. La combinaison qui a paru la plus efficace à l'auteur, ainsi qu'il l'a déjà dit dans des publications antérieures, est un mélange de 1/16^e de grain de bi-iodure de mercure à 5 ou 10 grains d'iodure d'ammonium et à 10 ou 20 grains d'iodure de potassium. On prend cette préparation 3 fois par jour après les repas dans 1 drachme de teinture de gentiane. Le sel d'ammonium rend les autres substances plus solubles, plus assimilables, plus efficaces contre les éléments gommeux de nouvelle formation. Les bains turcs et russes peuvent rendre des services. Il faut aussi prescrire les expectorants pour faciliter l'élimination des exsudats. Une bonne nourriture, un air excellent, une hygiène rigoureuse ne sauraient être trop recommandés. Les cas tenant à la syphilis héréditaire sont les plus rebelles. Les femmes sont, d'ailleurs, plus souvent atteintes que les hommes, et le maximum de fréquence de cette affection s'observe entre 30 et 40 ans. L. B.

VIII. — M. le professeur Potain, à propos d'un malade atteint de rétrécissement de l'œsophage, passe en revue, dans une de ses leçons faites à l'hôpital de la Charité, les diverses causes de ces rétrécissements, leurs caractères particuliers, et étudie surtout, au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement, celui qui est produit par la syphilis.

Le malade qui est l'objet de cette clinique est un homme de 39 ans, souffrant depuis 3 ou 4 mois de troubles de la déglutition : il ne peut absorber que des liquides, il n'a de vomissements que lorsqu'il ingère certains aliments. Le cathétérisme de l'œsophage fait reconnaître à la partie supérieure de ce conduit (d'abord au niveau de la trachée, puis à 5 centimètres plus bas) un double rétrécissement, de forme annulaire, dur, résistant; le passage de la sonde ne détermine aucune hémorrhagie.

Ces simples commémoratifs et ces seuls caractères font aisément éliminer le spasme, le rétrécissement congénital, le rétrécissement cancéreux, la compression de l'œsophage par une tumeur du médiastin. L'âge et le sexe du malade ne permettent pas de s'arrêter à l'idée d'un spasme. Le rétrécissement congénital, outre sa rareté, siège à la partie inférieure de l'œsophage; il est annoncé par des symptômes prémonitoires, des difficultés de digestion et autres phénomènes longtemps avant l'installation définitive de la lésion.

Le rétrécissement fibreux cicatriciel est ordinairement consécutif à des ulcérations de la muqueuse produites par l'ingestion de liquides trop chauds ou caustiques, par des corps étrangers. Ne trouvant aucun antécédent de ce genre chez ce malade, M. le professeur Potain a recherché s'il ne présentait aucune trace de syphilis.

Or, il présente une paralysie du moteur oculaire commun du côté droit, et il raconte qu'en 1879 il s'est éveillé un matin avec une paralysie de tout le côté gauche du corps et de l'œil droit. La paralysie du corps a disparu, celle de l'œil a persisté.

En 1854, il a eu un chancre, puis des plaques muqueuses et des éruptions. Ces divers accidents ont été traités d'une manière très incomplète.

Ces antécédents, rapprochés des caractères du rétrécissement de l'œsophage fournis par le cathétérisme, imposent l'idée d'un rétrécissement d'origine syphilitique. Celui-ci pourtant est assez rare; M. Potain en mentionne seulement 7 cas connus; il fait, de plus, remarquer qu'il ne suffit pas qu'un individu ait eu la vérole pour croire que le rétrécissement est de nature syphilitique; il faut encore quelques autres caractères et aussi l'absence des symptômes propres aux autres formes de rétrécissements.

L'importance du diagnostic de la cause est considérable, car de la nature du rétrécissement dépendent le pronostic et le traitement. Cependant, il faut bien savoir que le rétrécissement œsophagien n'est qu'une conséquence secondaire de la syphilis; il est, en effet, le résultat de cicatrices de lésions spécifiques, cicatrices rétractées, difficiles à guérir. On peut espérer, toutefois, se trouver à la période intermédiaire où la lésion syphilitique n'a pas encore terminé son évolution et est à l'état de gomme. Le traitement doit être mécanique et médical. Pour le traitement anti-

syphilitique, il faut employer la médication iodurée et la médication mercurielle. Par le traitement mécanique, on peut espérer augmenter un peu le calibre de l'œsophage. Enfin, s'il est impossible de dilater le rétrécissement progressivement, on trouve une dernière ressource dans l'intervention chirurgicale.

L. PERRIN.

IX. — Au début de ces leçons, M. Fournier expose avec une très grande clarté l'anatomie de la troisième paire, anatomie profondément modifiée par des travaux récents exposés dans l'excellente thèse d'un élève de M. le professeur Panas, M. le Dr Blanc.

Le moteur oculaire commun a des origines multiples : au delà du pédoncule cérébral, il se divise en six racines, qui toutes répondent à des noyaux d'origine distincts, plus ou moins éloignés les uns des autres. Chacune de ces racines correspond à une branche différente de sa distribution ; mais les noyaux des muscles petit oblique, releveur, droit supérieur, droit interne, forment un groupe particulièrement distinct de ceux du sphincter irien et du muscle ciliaire. Il en résulte une indépendance très complète entre la musculature externe et la musculature interne de l'œil. L'une a sa source dans le quatrième ventricule, l'autre dans le ventricule moyen. Ce fait explique en particulier les cas de mydriase sans que les muscles moteurs soient touchés.

De ces notions anatomiques découlent les conséquences cliniques suivantes : Si une lésion atteint le nerf dans son trajet, alors que toutes ses fibres sont réunies, la paralysie sera totale ; si, au contraire, il existe une lésion isolée des racines, on aura des paralysies partielles.

Ces faits anatomiques établis, le problème résolu par M. le professeur Fournier dans ces leçons est le suivant : Voici un individu syphilitique ; il a une paralysie de la troisième paire ; quelle est la signification de cette paralysie ? — Relève-t-elle d'une lésion syphilitique banale du nerf ou de l'encéphale ; en d'autres termes : la paralysie est-elle d'origine périphérique ou d'origine cérébrale ? Ou bien annonce-t-elle une affection liée à la syphilis, les tabes ?

La question posée par notre maître a une importance capitale : le pronostic dépend ici étroitement du diagnostic. Si la paralysie est due aux tabes, le pronostic est grave ; si elle est produite par une lésion syphilitique portant uniquement sur le nerf, le pronostic est bien plus bénin que dans le cas où la syphilis aurait atteint le cerveau lui-même. Cette dernière hypothèse est très sérieuse, car alors la motilité, l'intelligence et la vie elle-même sont menacées, la thérapeutique ayant beaucoup moins d'efficacité.

S'agit-il d'une paralysie par lésion syphilitique du tronc nerveux ou d'une paralysie symptomatique de syphilis cérébrale ?

Ce premier point n'offre pas de grandes difficultés : presque toujours les paralysies de la troisième paire symptomatiques de lésions cérébrales sont précédées ou accompagnées de symptômes d'une autre nature, tels que : la *céphalée*, significative par le triple fait de sa durée, de son intensité, de son caractère nocturne; les *élourdissements*, les *vertiges*, les *troubles de la vue* (éblouissements, bourdonnements); les *troubles congestifs* (perte de l'équilibre, ictus avortés); les *troubles intellectuels* (affaiblissement de la mémoire, etc.). Les crises épileptiformes, d'aphasie, de paralysie seront bien autrement significatives.

Si, inversement, tous ces symptômes font défaut, on peut admettre qu'il s'agit seulement d'une paralysie par lésion du nerf dans le cours de son trajet. — Mais là n'est pas le principal problème à résoudre; le problème véritable est le second diagnostic, à savoir :

La paralysie de la troisième paire dépend-elle d'une simple lésion du nerf ou est-elle tabétique ?

La nature de la paralysie tabétique peut se diagnostiquer par ses caractères propres et aussi par les symptômes tabétiques concomitants. Si la paralysie oculaire est absolument isolée de tout autre signe du tabes, deux ordres de symptômes permettent de la distinguer des autres paralysies. Ces symptômes sont tirés soit de ses caractères actuels, soit de ses caractères d'évolution.

Signes actuels de la paralysie tabétique. — Dans le tabes, les paralysies sont presque toujours dissociées, partielles, voire même parcelaires; la pupille est atteinte soit isolément, soit en même temps que d'autres parties du système oculaire, mais toujours ce symptôme joue le principal rôle. La paralysie tabétique n'atteint le plus souvent qu'un petit nombre de muscles, habituellement un seul même, le droit interne.

Dans la syphilis, la paralysie est totale, elle porte presque toujours sur toutes les branches du nerf et amènent simultanément le ptosis, le strabisme externe, l'immobilité de l'œil, la dilatation pupillaire; les paralysies syphilitiques incomplètes sont beaucoup plus rares; l'altération de la pupille est un phénomène de moindre importance que les autres.

La cause de ces différences réside dans la localisation anatomique des lésions. La syphilis, en effet, porte sur la partie antérieure de l'espace interpédonculaire, en un point où le nerf étant complètement constitué, elle agit sur tous ses éléments. Au contraire, le tabes se localise dans la région bulbo-protubérantielle, dans un point où il rencontre les racines du nerf encore dissociées.

Le second signe actuel à rechercher dans la paralysie de la troisième paire est celui que l'on désigne sous le nom de signe d'Argyll-Robertson, qui est caractérisé par la persistance du réflexe accommodateur. On

peut le considérer comme à peu près pathognomonique du tabes. Quand, au contraire, la paralysie provient d'une lésion du tronc nerveux, la pupille est dilatée et reste inerte devant toutes les excitations.

Un caractère encore d'une grande importance diagnostique est le myosis, c'est-à-dire le rétrécissement de la pupille coïncidant avec la paralysie des muscles. Dans la paralysie ordinaire, c'est la mydriase qui est observée.

Signes d'évolution. — Les paralysies tabétiques sont souvent fugaces, éphémères; elles peuvent ne durer que quelques mois, quelques semaines, quelques jours, quelques heures mêmes ou quelques secondes, car elles peuvent être instantanées. Cette guérison rapide, loin d'être un signe favorable, est une preuve de la nature tabétique de la lésion. Les paralysies par lésion syphilitique du nerf sont, au contraire, stables, durables. Pourtant, le caractère de persistance de la paralysie ne saurait faire exclure le tabes, car les paralysies tabétiques peuvent être permanentes, comme les paralysies syphilitiques.

Les paralysies par lésion du nerf ne récidivent presque jamais; les tabétiques sont notablement sujettes à récidives.

Enfin la paralysie tabétique peut guérir spontanément et rapidement, tandis que celle d'origine syphilitique ne guérit qu'avec le secours du traitement spécifique et d'une façon lente, progressive, cette guérison demandant huit ou dix semaines pour être complète. L. PERRIN.

X. — L'auteur insiste tout d'abord sur la nécessité d'établir le diagnostic afin d'instituer le traitement qui peut seul enrayer les accidents. A l'appui de son opinion, il donne l'observation d'un jeune malade soigné pendant un mois par des instillations au collyre de nitrate d'argent. Le traitement spécifique fut fait trop tard; l'amélioration fut lente à se produire. Dans deux autres cas, un bon diagnostic, porté dès le début, permet d'avoir facilement raison des accidents. De ces faits, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Les gommès de l'iris sont des manifestations assez rares de l'infection syphilitique; 2° soignées au début de leur apparition, elles guérissent facilement, rapidement et sans laisser aucune trace; 3° le sulfate d'atropine doit être instillé à de très hautes doses; 4° les frictions d'onguent napolitain et l'iodure de potassium forment la base du traitement général; 5° la pilocarpine est un adjuvant utile dans les cas anciens; 6° il faut proscrire absolument tous les collyres, et spécialement le nitrate d'argent. L. PERRIN.

XI. — La question que l'auteur anglais s'est proposé de soulever est celle de l'étiologie de cette affection. Or, dès les premiers temps de ses recher-

ches ophthalmologiques, et surtout lorsqu'il se fut assuré des étroites connexions qui relient la kératite interstitielle et les malformations dentaires à la syphilis héréditaire, il a été persuadé que la choroïdite disséminée reconnaît dans presque tous les cas une origine syphilitique. Il n'a cependant encore rien publié à ce sujet, car, pour dissiper ses doutes à cet égard, il a pendant de longues années recherché s'il n'existe pas de cas de choroïdite disséminée non syphilitique, et s'il n'y avait pas moyen de les distinguer de ceux qui sont d'origine spécifique.

Il établit d'abord qu'il est hors de doute que la syphilis ne soit la cause de la grande majorité des cas de choroïdite disséminée : mais il est impossible de différencier les faits qui tiennent à une syphilis acquise de ceux qui tiennent à une syphilis héréditaire. Dans beaucoup de cas, peut-être dans la plupart, l'affection reste stationnaire après la première poussée, et il y a que peu ou point de tendance à une aggravation. Dans certains autres cependant il y a une tendance à la récédive, et dans les années ultérieures il se produit un travail lent de désorganisation et d'accumulation de pigment.

Cette évolution, suivant les individus observés, se rencontre aussi bien chez des syphilitiques, que la syphilis soit héréditaire ou acquise, que chez des personnes qui ne présentent aucune trace d'infection. L'auteur fait ressortir toutes les difficultés que l'on éprouve dans ces cas de maladies chroniques et fort souvent établies depuis de longues années, pour obtenir des renseignements précis. Dans une de ses observations où rien ne pouvait faire soupçonner une influence spécifique, l'iode de potassium paraît avoir définitivement enrayé le processus morbide.

Hutchinson cite ensuite d'autre cas de choroïdite disséminée dans lesquels la syphilis semble n'avoir joué aucun rôle étiologique. Bien que les hémorrhagies se produisent assez fréquemment dans la choroïdite syphilitique, il pense toutefois que lorsqu'elles constituent l'un des symptômes les plus importants de l'affection, la syphilis n'intervient pas comme facteur dans sa genèse. Un autre caractère majeur de la choroïdite d'origine syphilitique, c'est sa tendance à la symétrie, bien qu'un œil puisse être beaucoup plus atteint que l'autre.

Il fait remarquer que la choroïdite disséminée peut intéresser les deux yeux et affecter les membres d'une même famille, frères et sœurs, sans qu'il y ait aucune influence syphilitique : elle dépend alors le plus souvent de troubles du système nerveux.

Il existe aussi des choroïdites qui ont une grande tendance aux rechutes, qui s'observent chez des personnes bien portantes, sans le moindre antécédent morbide ; elles s'accompagnent d'iritis et peuvent être classées à côté des cyclites à répétition. Il y a encore d'autres formes de choroïdite disséminées qui ne rentrent dans aucun des groupes précé-

cédents, qui ressemblent tout à fait aux choroïdites d'origine syphilitique et dans lesquelles il est impossible de soupçonner l'existence de la vérole.

L'auteur anglais conclut en terminant que, bien que l'existence de la choroïdite disséminée soit neuf fois sur dix la preuve d'une infection syphilitique antérieure, c'est encore un signe qui n'a pas une valeur absolue, et qui ne doit qu'éveiller l'attention du praticien. L. B.

XII. — Contrairement à l'opinion émise par quelques auteurs, la sclérose des corps caverneux ne relève pas de la syphilis : dès les premières lignes de son mémoire, M. Mauriac met ce fait en relief et le démontre par l'exposé de quatorze observations de cette affection, observations qu'il divise en 4 groupes suivant leur étiologie : le premier groupe renferme les faits dans lesquels le développement de la sclérose paraît être spontané (3 observations); le deuxième ceux dans lesquels la sclérose semble provenir d'une ou de plusieurs blennorrhagies antérieures (6 observations), le troisième ceux dans lesquels on peut, à la rigueur, rattacher la sclérose à la syphilis, bien que cette provenance soit fort problématique (3 observations), enfin le quatrième groupe comprend deux observations où la sclérose peut être imputée à l'arthritisme ou au diabète.

On arrive par l'observation clinique à constater que le processus de cette sclérose est si peu irritatif qu'il ressemble à une dégénérescence d'emblée ; mais, en l'absence d'autopsie, on ne sait quel est le point de départ exact de ce processus : on apprend seulement, par l'observation, que la sclérose occupe presque exclusivement les couches les plus superficielles de la surface supérieure ou les bords, que ses noyaux sont sous-jacents à la membrane fibreuse d'enveloppe, et ne lui adhèrent pas la plupart du temps : les déformations de la verge pendant l'érection montrent que les lésions occupent le tissu érectile des corps caverneux.

Au palper, les tumeurs sont arrondies, en forme de cordon ou de bande unis ou noueux, ou en forme de plaques plus ou moins épaisses et ovoïdes; leur nombre est variable, ordinairement elles sont multiples, irrégulièrement réparties dans les deux moitiés de l'organe, quelquefois unilatérales; leur volume varie depuis celui d'un nodus pisiforme jusqu'à celui d'une grande plaque occupant presque toute l'étendue de la verge; leur consistance est ferme, élastique, dure et parfois chondroïde.

La douleur produite par ces lésions consiste en un sentiment d'étranglement, de constriction, de douleur crampeuse apparaissant pendant les érections et cessant pendant le repos de l'organe.

Le symptôme le plus important consiste dans l'existence de déformations de la verge au moment de l'érection : ce sont des déviations portant sur tout l'organe, et les dirigeant à droite, à gauche, ou en haut,

des inflexions qui courbent plus ou moins la verge sur elle-même dans ces diverses directions, mais ces déviations n'ont jamais lieu de haut en bas comme dans la blennorrhagie cordée ; en outre la verge est diminuée de volume au point sclérosé et en aval de ce point et la rigidité de l'érection est diminuée au niveau et dans l'intervalle des nodi et des plaques. Il est facile de comprendre comment ces déformations entravent le coït ; mais la diminution de la virilité n'est pas seulement due à cette cause physique, elle tient aussi à ce que le malade se frappe moralement, en voyant sa verge subir de jour en jour des déformations de plus en plus gênantes. La santé générale n'est troublée que par cet état de névropathie.

Les complications sont nulles et les coïncidences pathologiques presque toujours nulles également.

La blennorrhagie est la cause principale de cette affection que l'on voit quelquefois lui succéder de près ; mais on ignore pourquoi cette conséquence de la blennorrhagie se produit chez quelques malades et non chez d'autres.

Quant à la syphilis, on doit la rejeter de l'étiologie de la sclérose des corps caverneux, car celle-ci ne présente pas les caractères des syphilomes tertiaires, n'aboutit pas à la fonte des nodi, ne coïncide presque jamais avec les syphiloses génitales, même avec celles qui attaquent et détruisent le pénis, et enfin résiste absolument à la médication iodo-hydrargyrique.

Le processus de la maladie est très uniforme, cependant quelquefois les lésions diminuent et même disparaissent, puis reviennent plus tard ; d'autres fois elles se déplacent en cheminant avec lenteur d'un point à un autre ; quelques-uns changent de forme, mais avec une grande lenteur.

La description donnée par M. Mauriac repose uniquement sur ses observations personnelles : sa compétence spéciale, en ce qui concerne les maladies vénériennes, amène à lui plus particulièrement certaines catégories de malades, aussi est-il, ainsi qu'il le fait remarquer, d'autres causes qui ont été indiquées par différents auteurs et dont l'importance est plus grande que ne le laisseraient supposer ses observations. Un appendice consacré à l'histoire renferme l'exposé de ces causes, parmi lesquelles il faut citer surtout la goutte et le diabète dont l'importance a été, on le sait, indiquée par Marchal de Calvi et surtout démontrée par M. Verneuil.

GEORGES THIBIERGE.

XIII. — La cause la plus commune du fungus du testicule est le sarcoème gommeux, ainsi que M. le professeur Gosselin en avait eu l'intuition ; M. Rollet a fourni des preuves cliniques à l'appui de cette manière de voir.

Il y a deux variétés de fungus syphilitique du testicule : le fungus superficiel qui résulte d'une gomme sous-scrotale, née soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans la couche superficielle de l'albuginée; le fungus profond qui provient presque toujours d'une gomme testiculaire intra-albuginéique qui se ramollit et s'évacue.

Histologiquement, les deux variétés se distinguent par l'absence des tubes séminifères dans les fongosités du premier, leur présence dans celles du second.

Le fungus syphilitique est bénin; on doit éviter de le confondre avec le cancer, la tuberculose et les fungus de certaines orchi-épididymites graves compliquées d'abcès des bourses.

Le fungus n'a aucune signification mauvaise au point de vue de la spermatogénèse. Son traitement ne diffère pas de celui du sarcoécèle syphilitique : il faut résister à la tentation de plonger le bistouri dans le tissu malade, d'exciser, d'abréger, de cautériser, d'écraser.

L. PERRIN.

XIV. — Les éléments de diagnostic d'une arthropathie syphilitique sont les suivants : d'abord, il n'y a rien dans l'article proprement dit, synoviale, capsule, ligaments, présentent leur consistance et leur sensibilité normale. Mais le squelette de l'articulation est malade : au coude, l'épicondyle est tuméfié, forme une saillie mousse, épaisse, ressemblant à un cal; la cupule du radius présente un col énorme et tout le tiers supérieur de l'os donne la sensation d'une tuméfaction cylindroïde. Si les mouvements sont gênés, l'unique cause doit en être cherchée dans un obstacle mécanique tenant à la disproportion de certaines parties du squelette. Au genou, c'est le même genre de lésion; gonflement des épiphyses, mais pas d'hydarthrose, pas de craquements.

Le diagnostic différentiel avec l'ostéo-myélite prolongée est facile, car celle-ci est accompagnée au début d'une fièvre plus ou moins intense. La tuberculose épiphysaire ne donne pas un développement hyperostorlique pareil sans amener des fongosités de la synoviale, la sensibilité des cul-de-sac, des contractures musculaires. L'ostéosarcome a une marche rapide, un siège unique, il est rare et se développe dans les parties molles périphériques.

Enfin, il faut toujours chercher le syndrome hérédo-syphilitique, ce dernier permettra de juger rapidement la nature des accidents arthropathiques.

L. PERRIN.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE.

- I. — ZUR LEHRE VON DER CONJUNCTIVITIS BLENNORRHOICA (CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CONJONCTIVITE BLENNORRHOÏQUE), par le Dr A. ONODI, de Pest (*Centralblatt f. die medicinischen Wissenschaften*, 1887, n° 13).
- II. — UEBER DEN SITZ DER GONORRHOÏSCHEN INFECTION BEIM WEIBE (SUR LE SIÈGE DE L'INFECTION GONORRHOÏQUE CHEZ LA FEMME), par le Dr STEIN-SCHNEIDER. — Clinique du Professeur NEISSER, à Breslaw (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, n° 17).
- III. — EIN FALL VON SALPINGITIS PURULENTA GONORRHOICA MIT GONOKOKKENHALTIGEM EITER. — EXTIRPATION; HEILUNG. (CAS DE SALPINGITE PURULENTE GONORRHOÏQUE AVEC PUS CONTENANT DES GONOCOCCI. — EXTIRPATION; GUÉRISON), par le Dr ORTHMANN (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, n° 14.).
- IV. — LE TRAITEMENT ABORTIF DE LA BLENNORRHAGIE N'EST PAS RATIONNEL, par le Dr PIERLÉONE TOMMASOLI (*Giornale internazionale delle Scienze mediche*, anno VII).
- V. — EXISTE-T-IL UN VIRUS DU CHANCRE SIMPLE? par F.-R. STURGIS (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, n° 3, p. 91, mars 1887).
- VI. — DES FAUSSES MALADIES VÉNÉRIENNES, par JORDAN LLOYD (*The Birmingham medical Review*, octobre 1886, p. 143).

I. — L'infection aiguë de la conjonctive par l'exsudat gonorrhéique est un fait bien connu; il est donc tout à fait surprenant que la conjonctive du lapin et du chien résiste à cette infection. Au grand étonnement de l'auteur, de l'exsudat blennorrhéique porté sur la conjonctive de ces animaux, n'a produit ni blennorrhée ni la moindre altération.

Cette résistance de la conjonctive saine chez le chien a conduit l'auteur à répéter ses expériences sur l'œil malade d'un chien atteint d'une conjonctivite catarrhale des deux yeux. Pour cela il s'est servi de la sécrétion d'une gonorrhée uréthrale aiguë. Après avoir porté cette sécrétion au contact de l'un des yeux, il survint avec une rapidité surprenante, une conjonctivite blennorrhéique tout à fait typique.

L'auteur se borne à signaler simplement ce fait sans y ajouter aucun commentaire.

A. DOYON.

II. — Les recherches de l'auteur ont été faites sur des filles publiques vénériennes de l'hôpital de Breslaw. L'examen a porté sur 57 cas récents. Dans ces 57 cas, la sécrétion de l'urèthre, des glandes de la vulve, du vagin et du col, dans 16 cas la sécrétion de la cavité utérine, dans 8 cas en outre le smegma du prépuce du clitoris furent soumis à nombreuses reprises à des recherches poursuivies pendant des semaines pour chacun des cas. Après un lavage à fond avec une solution de sublimé pratiqué la veille, la sécrétion uréthrale était recueillie en partie avec l'aiguille de platine, en partie avec la curette pour obtenir la sécrétion des couches cellulaires profondes. La sécrétion des glandes vulvaires, du prépuce du clitoris, de la muqueuse vaginale fut également recueillie avec la curette; celle du col avec un fil de platine, celle du corps de l'utérus avec une curette à bords tranchants. Avant leur emploi les instruments étaient soigneusement désinfectés.

La sécrétion ainsi recueillie était étendue sur le porte-objet avec une aiguille de platine et séchée à la flamme. Pour colorer les préparations, Steinschneider employa d'abord le bleu de méthyle, puis sur le conseil du professeur Neisser, une solution de safranine (1 sur 100 d'alcool et 200 d'eau); ce mode de coloration permet de voir très nettement les amas de gonococci dans les cellules. La présence de gonococcus n'a été admise comme certaine que lorsqu'ils se présentaient sous forme de diplococcus.

Sur les 57 cas observés, 20 ne présentaient aucun symptôme de gonorrhée; parmi les autres, il y avait 34 gonorrhées récentes et 3 cas de gonorrhée datant de 3, 4 et 5 mois et dans lesquels il n'existait plus d'écoulement de l'urèthre.

Dans la sécrétion uréthrale des 34 cas de gonorrhée récente il y avait toujours des amas de gonococcus. Dans tous les cas les gonococci étaient recueillis non seulement à l'orifice de l'urèthre, mais aussi avec la sécrétion provenant du fond du canal. Dans les 3 cas plus anciens, on ne trouva pas de gonococcus dans l'urèthre.

Dans la sécrétion des glandes vulvo-vaginales, la présence de gonococcus ne fut constatée d'une manière certaine que dans un cas où l'uréthrite était accompagnée d'une inflammation de la glande de Bartholin.

Dans la sécrétion vaginale, dans les 37 cas de gonorrhée récente ou ancienne, 36 fois on constata d'une manière positive qu'il n'y avait pas de gonococcus, quand le vagin avait été lavé à fond et le col complètement fermé par un tampon. D'ailleurs, sauf dans 2 cas, la muqueuse

vaginale avait un aspect normal, elle n'était ni rouge ni tuméfiée et ne présentait pas de sensibilité spéciale. Dans l'un des deux cas faisant exception, il y avait tous les signes d'une colpïte, mais pas de gonococcus. Dans l'autre cas, celui d'une fille de 9 ans qui avait été violée, l'exsudat purulent du vagin contenait de grandes quantités de gonococcus et la muqueuse présentait d'ailleurs tous les symptômes d'une inflammation blennorrhagique.

Dans 16 des cas de gonorrhée récente et 2 des cas de date plus ancienne, la sécrétion du col contenait des gonococci en grande abondance. En même temps dans 14 des 18 cas la portion vaginale était enflammée, très sensible au contact et présentait parfois des érosions plus ou moins étendues.

La sécrétion de la cavité utérine fut examinée dans 16 cas, 8 sans gonorrhée, 6 de gonorrhée récente et 2 de gonorrhée ancienne. On ne constata avec certitude la présence de gonococcus que dans 3 cas de gonorrhée récente et dans l'un des cas de gonorrhée ancienne.

L'auteur termine par des conclusions suivantes :

1° Dans tous les cas d'infection gonorrhéique, l'urèthre est affecté d'abord ; dans une grande partie des cas (47 0/0 environ), la muqueuse du col ; dans un nombre de cas assez considérable (50 0/0), le revêtement de la cavité utérine ; parfois les glandes de Bartholin ;

2° Dans tous les cas de gonorrhée récente, il y a une uréthrite gonorrhéique. L'exsudat de l'urèthre peut être rare et non purulent, il renferme néanmoins des gonococcus ;

3° Longtemps après que les gonococci ont disparu de la sécrétion uréthrale, il peut y en avoir encore dans le col et dans la cavité utérine, sans que ces parties soient nécessairement enflammées ;

4° Dans la muqueuse de la vulve et du vagin, les gonococci ne s'établissent pas à demeure chez l'adulte, soit que la muqueuse se trouve protégée par son épithélium pavimenteux épais, soit en raison de l'acidité de l'exsudat, soit enfin par suite de la quantité énorme d'autres bactéries qui existent dans le vagin à l'état normal et qui chasseraient les gonococci. D'autres diplococci que l'auteur a essayé d'acclimater dans le vagin ont paru ne pouvoir prospérer.

A. DOYON.

III. — Femme A. F., 22 ans, blonde, petite, pâle, maigre, vint à la clinique le 20 décembre 1886 ; douleurs vives des deux côtés de l'abdomen, notamment à gauche, léger écoulement.

Époques régulières depuis l'âge de 14 ans, mariée en octobre 1885, elle a accouché en avril 1886 ; pas d'avortement. Les premiers symptômes seraient survenus 8 semaines après l'accouchement : inappétence ; cons-

tipation ; sensation passagère de brûlure au moment de la miction. (Son mari a eu plusieurs blennorrhagies.)

Vagin de largeur moyenne, portion vaginale du col assez ferme, légères déchirures des deux côtés ; l'utérus un peu rejeté à droite. A gauche, tumeur de la grosseur du poing, paraissant formée par la trompe et l'ovaire. A droite, trompe et ovaire volumineux, mais pas de sensibilité spéciale.

Tumeur tubo-ovarienne gauche, salpingite et oophorite à droite. Comme traitement, trois sangsues de chaque côté, compresses froides, injections chaudes, repos.

Les tumeurs augmentent visiblement de volume, les douleurs persistent et la malade décline de plus en plus. Le 20 janvier, on pratique la laparotomie. A gauche, à côté de l'utérus, tumeur de la grosseur du poing dans le ligament ; la trompe gauche épaissie est enlevée avec l'ovaire. A droite, la trompe est également très épaissie, ainsi que l'ovaire ; en détachant la trompe du plancher pelvien, elle s'ouvre et laisse échapper un pus épais, jaunâtre.

L'examen macroscopique montre à droite une salpingite purulente, un hématome ovarien, une périsalpingite et périophorite ; à droite, salpingite catarrhale.

L'examen microscopique du pus contenu dans la trompe droite montra que les cellules de pus contenaient des gonococci en plus ou moins grande quantité, reconnaissables à leur forme et à leurs dimensions. Pas d'autres microbes. Quelques essais de culture sur de la gélatine ou de l'agar-agar ont échoué. L'auteur n'a pas réussi à découvrir de gonococci dans les tissus.

La malade sort guérie le 11 février 1887.

A. DOYON.

IV. — C'est une critique pleine de verve contre la pratique fort répandue aujourd'hui qui consiste à couper la blennorrhagie à l'aide des procédés les plus variés.

L'auteur fait habilement le procès de toutes ces méthodes qui lui paraissent plus théoriques que pratiques, plus séduisantes que réellement utiles. Il ne met pas seulement en doute leur efficacité, mais il est prêt à les accuser de toutes les complications qui peuvent survenir ultérieurement.

Si l'on fait la part de quelques exagérations tenant à la forme même que l'auteur donne à son plaidoyer, on doit reconnaître qu'il y a dans les objections du Dr Tommasoli une grande part de vérité.

Ici, comme dans presque toutes les maladies infectieuses que l'on rattache aujourd'hui à l'influence parasitaire, il ne faut pas oublier que le plus souvent le microbe profondément logé dans les cellules épithé-

liales, dans le tissu sous-muqueux ou même dans les réseaux lymphatiques, ne peut être atteint qu'à travers ces éléments et rarement sans préjudice pour eux. C'est ce qui explique le danger de certains procédés, l'insuccès d'un plus grand nombre d'autres.

ARMAND SIMÉDEY.

V. — L'auteur commence par se demander ce que peut être le virus du chancre simple. Il fait remarquer que le mot de virus entraîne l'idée de quelque chose qui empoisonne l'économie; or il ne peut être que fort impropre quand il s'agit du chancre simple qui n'est qu'une lésion locale. On n'est arrivé sans doute à concevoir la possibilité de l'existence d'un virus dans le chancroïde qu'à cause de la propriété qu'il possède de pouvoir être auto-inoculé et inoculé à une personne saine: il ne présente ce caractère distinctif que pendant sa période d'acuité, lorsqu'il se développe ou qu'il est arrivé à son état de complet développement; il le perd lorsqu'il arrive à la période de réparation; il peut même alors le recouvrer cependant s'il subit une nouvelle poussée inflammatoire et s'il reprend une marche aiguë. L'auteur ne peut voir dans ces phénomènes purement locaux quelque chose qui lui permette de considérer ce pouvoir mystérieux comme dû à un virus.

Il se demande ensuite si ce prétendu virus n'est pas réellement le résultat d'une inflammation aiguë. Il insiste sur ce que la virulence du chancre simple peut se réveiller pendant la période de déclin s'il subit une nouvelle poussée inflammatoire, et il en conclut qu'il est possible de produire un chancroïde *de novo* sans qu'il y ait une nouvelle inoculation de pus. Il rappelle les expériences de Pick, puis celles de Reder et de Krause qui inoculèrent à des syphilitiques du pus provenant de sources non syphilitiques, du pus de gale, de pemphigus, d'acné, etc..., et obtinrent ainsi des pustules auto-inoculables en séries. Il cite aussi les recherches de Wigglesworth qui pût s'inoculer pendant plusieurs générations du pus pris sur lui-même dans une pustule d'acné, celles de M. le Dr E. Vidal sur l'ecthyma, enfin celles de Finger; ce dernier expérimentateur obtint, ainsi qu'on le sait, avec du pus d'une ulcération banale, artificiellement irritée, des inoculations positives en séries qui ressemblaient à des chancres simples et qui donnèrent même naissance à un bubon suppuré. Il en conclut que les produits purulents inflammatoires d'une ulcération banale irritée peuvent se comporter comme la sécrétion de ce que l'on désigne sous le nom de chancroïdes. Donc d'après lui, le chancroïde ne saurait reconnaître pour origine constante un virus spécifique indispensable pour lui donner naissance.

Les sources du chancroïde sont le plus souvent du pus provenant d'un autre chancroïde préexistant. Mais l'auteur, en s'appuyant sur les observations de Rey, de Bidentap et de Gjør, croit pouvoir admettre que la

sécrétion de l'accident syphilitique primitif ou des plaques muqueuses ayant subi de l'irritation, peut donner lieu à une ulcération locale ayant tous les caractères extérieurs de chancre, susceptible d'être auto-inoculée en série, et pouvant être transmise avec tous ces caractères à une autre personne saine sans que cette personne ait aucun symptôme de syphilis constitutionnelle.

A la discussion qui suivit la communication du Dr Sturgis, à la Société dermatologique de New-York, le Dr Taylor félicita son collègue d'avoir modifié ses idées sur le chancre, et d'avoir enfin adopté celles de Bumstead. Il rappela que ce fut en 1876, au congrès de Philadelphie que ce dernier auteur fit connaître, dans un travail intitulé : *Du virus des ulcérations vénériennes*, les résultats de ses nombreuses observations; il y établit qu'il n'existe pas de virus chancroïdal essentiel ou spécifique, et que les chancres simples peuvent provenir d'autres chancres simples préexistants, mais aussi de l'inoculation de produits inflammatoires quelconques ou syphilitiques. Tous les membres présents protestèrent contre cette théorie. Le Dr Taylor fut le seul à soutenir son ancien maître; ses études personnelles, ses observations et les résultats de ses expériences faites indépendamment du Dr Bumstead l'avaient conduit en effet à des conclusions absolument identiques. Actuellement il est encore plus affirmatif : les ulcérations que l'on désigne sous le nom de chancre ne sont souvent que des herpès irrités chez des personnes affaiblies, chez de vieux syphilitiques et des individus adonnés à des excès de table ou de boissons : il en est d'autres qui résultent de l'inoculation de liquides purulents vaginaux. Il est convaincu que ce que l'on désigne sous le nom de chancre virulent (*virulent chancroid*) provient d'ordinaire de l'inoculation de pus de sujets syphilitiques.

D'après le Dr F.-N. Otis, on ne peut admettre que le chancre simple ne se propage que par l'inoculation d'un autre chancre simple, et qu'il y ait par conséquent un virus spécial pour cette catégorie d'ulcères vénériens. Il s'appuie pour le prouver sur ce fait que la virulence du chancre simple va en s'atténuant à mesure qu'on l'inocule en séries successives : par suite le chancre simple doit devenir de moins en moins virulent à mesure qu'il se transmet de personne en personne par le contact vénérien, et son inoculabilité doit finir par disparaître. Il devrait donc ne plus exister depuis longtemps déjà s'il ne se créait pas de nouveaux foyers de contagion, ou si la virulence de l'ulcère ne reprenait pas de temps en temps une nouvelle intensité. Or s'il y a une différence entre l'inoculation expérimentale et l'inoculation par contact vénérien, c'est que dans le premier cas le virus est transmis sans la moindre excitation locale ou générale, dans le second, au contraire, interviennent beaucoup d'autres éléments qui peuvent être des sources d'irritation, tels que le

contact de liquides leucorrhéiques, menstruels et préputiaux, des lésions mécaniques, etc..., toutes ces conditions peuvent donner naissance à des inflammations locales, ulcéreuses auto-inoculables : elles peuvent surtout accroître un processus inflammatoire préexistant. De là à la genèse du chancroïde il n'y a qu'un pas, ou pour mieux dire, d'après le Dr Otis, il n'y a qu'une question de degré sans importance. Nous avouons ne pas partager sur ce point toutes les idées des syphiligraphes américains.

Le Dr Bronson protesta au contraire contre l'opinion qui tend à regarder le chancroïde comme un simple produit inflammatoire. Il croit qu'il est impossible de le confondre avec les diverses ulcérations inoculables que peut produire le pus ordinaire. Pour arriver à se faire une juste idée de la nature du chancre simple, il ne suffit pas de dire que c'est une lésion inoculable en séries, il faut tenir un compte exact de tous ses caractères distinctifs. Si le chancre simple reconnaissait l'origine que lui assignent les auteurs précédents, ne serait-il pas beaucoup plus fréquent qu'il ne l'est ? Pourquoi ne voit-on pas de chancres simples à la figure, aux lèvres en particulier, pourquoi se cantonnent-ils toujours aux organes génitaux ? Pourquoi ne surviennent-ils pas lorsque du pus blennorrhagique souille le prépuce et le gland, causant de la balano-posthite et des érosions superficielles ? C'est qu'en réalité le chancroïde a une existence clinique et étiologique indépendante et une virulence toute particulière qui impliquent l'existence d'un virus spécial.

Telle a été, en résumé, l'intéressante discussion de la Société dermatologique de New-York sur ce sujet. J'applaudis pour ma part aux réserves du Dr Bronson. On ne saurait prouver que le chancre simple résulte de l'inoculation de produits inflammatoires quelconques, en démontrant que l'inoculation de ces produits peut donner naissance à une ulcération. Beaucoup de produits morbides sont inoculables en séries et cependant sont fort distincts les uns des autres. La question est donc beaucoup plus complexe que ne semble le penser le Dr Sturgis. Si l'on admet les théories microbiennes actuellement en honneur, il y aurait un moyen d'arriver à une solution : ce serait par les cultures ou autres procédés techniques d'étudier la morphologie et l'évolution du microbe du chancre simple, si tant est qu'il y en ait un. Si l'on parvenait ainsi à démontrer qu'il existe un micro-organisme spécial à cette lésion, le problème serait résolu. Jusque-là les théoriciens pourront émettre toute sorte d'hypothèses, mais il n'en restera pas moins vrai qu'il existe une lésion à laquelle nous donnons en France le nom de chancre simple et qui se distingue des ulcérations inflammatoires banales par son aspect, ses symptômes, sa marche, sa pathogénie.

L. B.

VI. — La présence de schizomycètes dans la sécrétion des chancres

mous indique la nature parasitaire de cette affection. Les abcès qui surviennent sur les trajets des lymphatiques ou dans l'intérieur des ganglions reconnaissent la même cause, à savoir l'influence microbienne. Or, les éléments parasitaires seraient, en quelque sorte, paralysés par la chaleur des parties malades et ne développeraient leurs propriétés spécifiques que lorsqu'ils peuvent arriver au dehors, et par conséquent à une température plus basse après l'ouverture de l'abcès. Cela expliquerait que le pus recueilli dans le bubon même ne serait pas doué des propriétés contagieuses qu'il possède quelques jours après l'incision. Le même raisonnement explique la guérison possible du bubon par résolution.

VII. — L'auteur n'a tenu compte dans ce travail que des cas observés chez des hommes, à cause de la précision plus grande des renseignements qu'ils fournissent et de la rigueur plus absolue que présentent chez eux les investigations cliniques. Le Dr Lloyd fait tout d'abord observer que la plupart des praticiens pensent que chacun des trois grands groupes d'affections vénériennes, la gonorrhée, la syphilis et le chancre, a son individualité propre, et que toute blennorrhagie ne peut provenir que d'une autre blennorrhagie, toute syphilis d'une autre syphilis, tout chancre d'un autre chancre. Or, d'après lui, la syphilis est la seule des maladies vénériennes pour laquelle cette proposition soit rigoureusement exacte; c'est la seule maladie vénérienne qui soit réellement spécifique et qui possède son virus spécial. Il n'en est pas de même des deux autres; elles sont contagieuses, mais elles peuvent provenir de l'inoculation de produits morbides de tout autre nature; elles ne sont donc pas nécessairement le résultat de l'inoculation soit d'un chancre, soit d'une blennorrhagie nettement caractérisés.

Il faut donc, d'après lui, établir désormais deux variétés distinctes de blennorrhagie et de chancre, l'une qui résulte d'un contact infectant avec une blennorrhagie ou un chancre préexistants et bien caractérisés, l'autre qui résulte de l'inoculation de produits morbides d'une autre nature. C'est à cette deuxième variété de blennorrhagies et de chancres que l'auteur a donné le nom de fausses maladies vénériennes (*spurious venereal diseases*), et c'est de cette deuxième variété qu'il s'occupe dans son article.

Traitant d'abord des fausses blennorrhagies, il dit que la grande majorité des affections de ce genre qu'il a eues à traiter dans sa pratique n'étaient pas pour lui dues à une contagion directe; il est, à cet égard, de l'avis de Bumstead. On sait que le célèbre syphiligraphe américain déclare, dans son traité des maladies vénériennes, qu'il est absolument convaincu que la blennorrhagie peut se manifester chez l'homme à la suite de rapports avec une femme ne présentant aucune lésion appr-

ciable des organes génitaux et ayant eu antérieurement, sans le moindre inconvénient, des rapports avec d'autres personnes pendant des mois et même pendant des années. L'auteur fait d'ailleurs remarquer que les écoulements uréthraux, dont il parle et dont il publie dix observations comme exemples, sont tout à fait différents de ceux qui peuvent être consécutifs à une affection tuberculeuse des organes génito-urinaires, à une ingestion immodérée d'asperges, à des doses toxiques d'arsenic, à la syphilis secondaire, à l'abus des liqueurs trop alcoolisées et des préparations médicamenteuses renfermant de la térébenthine, à la paraplégie, à l'usage des sondes et des bougies, aux rétrécissements, à la masturbation, aux excitations trop prolongées des organes génitaux, aux affections cancéreuses viscérales, à la présence d'ascarides dans le rectum, à l'emploi des cantharides, etc., etc., toutes causes qu'il est nécessaire de bien connaître, et auxquelles il faut tout d'abord penser en présence d'un de ces écoulements uréthraux d'origine inconnue. D'ailleurs, les fausses blennorrhagies dont il parle sont fort difficiles, sinon impossibles, à diagnostiquer d'avec les blennorrhagies vraies; d'après quelques auteurs, elles seraient plus graves qu'elles; pour d'autres, au contraire, et Lloyd est de ce nombre, elles sont plus bénignes: elles doivent être traitées de la même manière.

Passant ensuite à l'étude des faux chancroïdes, l'auteur relate les deux faits suivants: Dans le premier, il s'agit d'un homme de 28 ans, porteur de trois petites ulcérations jaunâtres de grandeur variable autour de la couronne, et qui éprouvait de la sensibilité aux aines. La plus grande de ces lésions avait un tiers de pouce de diamètre, et avait débuté cinq jours auparavant sous la forme d'un petit bouton rouge et dur. La deuxième ulcération s'était formée trois jours plus tard, la troisième avait fait son apparition le matin même du jour où le malade vint consulter le Dr Lloyd. Depuis six semaines, il n'y avait eu aucune possibilité de contagion. Jamais le malade n'avait eu ni syphilis ni herpès; l'aspect de ces ulcérations était tout à fait celui des chancres simples; elles guérissent rapidement par des applications d'iodoforme. Depuis cette époque (janvier 1885), le malade n'a jamais présenté aucun symptôme morbide.

Dans la deuxième observation, bien plus complexe à mon sens, il s'agit d'un homme de 28 ans, marié, ayant toujours été fidèle à sa femme, et dont la femme aurait été le modèle des épouses. Pendant ces quatre dernières années, l'auteur a eu à le traiter trois fois: deux fois pour des écoulements uréthraux, une fois pour des ulcérations multiples du pénis, toutes lésions survenues après des rapports conjugaux vers le moment des règles. Les ulcérations de la verge étaient jaunâtres, à bords nets et découpés, au nombre de 5 à 6. Elles supprimaient et avaient

fait leur apparition l'une après l'autre, sur le côté gauche du gland; la plus ancienne datait de cinq jours. Une semaine plus tard, la plupart avaient guéri par des applications d'iodoforme, mais il s'en était formé de nouvelles sur la face interne du prépuce. Huit jours après, quelques-unes de cette seconde série s'étaient cicatrisées et d'autres s'étaient développées, et le malade ne fut complètement guéri qu'après cinq ou six semaines d'un traitement énergique.

L'auteur insiste ensuite sur l'importance de l'idiosyncrasie dans le développement des maladies vénériennes, en dehors même des causes prédisposantes bien connues, telles qu'un long prépuce, de l'herpès ou de l'eczéma génital, etc. Il est hors de doute que certains individus contractent plus facilement que d'autres les maladies vénériennes: le Dr Lloyd rapporte à cet égard plusieurs observations assez démonstratives.

La partie vraiment intéressante de ce mémoire (celle dans laquelle l'auteur s'efforce de prouver qu'il existe des ulcérations génitales absolument identiques au chancre simple comme aspect, et ne provenant pas de chancres simples, ne pouvant être confondues ni avec les ulcérations banales ni avec l'herpès) ne nous paraît pas entraîner la conviction. Nous croyons qu'il aurait fallu pour cela des observations plus nettes, plus détaillées, et une discussion plus complète du diagnostic et de l'étiologie.

L. B.

Le Gérant : G. Masson.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRES.

I

SUR LA QUESTION DE LA CONTAGION DE LA PELADE,

Par le Dr Georges THIBIERGE.

Plusieurs travaux récemment parus en France ont rappelé l'attention sur la question de la contagion de la pelade. Leurs conclusions, contradictoires et dans la forme et dans le fond, montrent que l'accord est bien loin d'être fait, entre observateurs également compétents, sur ce sujet important. La question étant capitale, et au point de vue doctrinal et au point de vue pratique, il nous a semblé utile de présenter l'exposé de ces travaux et de rechercher quelles sont les conclusions générales qui peuvent en être déduites, quelles données sont nettement établies, quels autres points doivent encore être considérés comme douteux et nécessitent de nouvelles recherches, enfin quelles conséquences pratiques doivent découler des faits établis.

I

Les conditions dans lesquelles on voit survenir l'alopécie sont multiples. Sans compter les alopécies qui sont la conséquence directe et facile à rapporter à leur véritable cause, de lésions antérieures du cuir chevelu, comme le favus, et en se restreignant à celles dans lesquelles la chute des poils n'est précédée d'aucune altération de la peau sous-jacente appréciable à l'œil nu, on remarque que ces alopécies se produisent dans des circonstances très différentes : à la suite de fièvres graves, dans le cours de maladies de longue durée qui intéressent profondément la nutrition des divers tissus, par suite des progrès de l'âge, le système pileux est atteint, le poil perd son adhésion, tombe et l'alopécie s'ensuit, alopécie tantôt diffuse, tantôt localisée. Dans la syphilis, en particulier, il n'est pas absolument exceptionnel de voir la dépilation se faire par plaques arrondies, ou irrégulières, au niveau desquelles le cuir

chevelu devient absolument glabre, lisse et luisant et une véritable alopecie en aires s'est produite.

Il s'en faut néanmoins de beaucoup qu'un état pathologique antérieur soit la cause la plus ordinaire des alopecies en aire, et dans la pratique le nom d'*area Celsi* est devenu synonyme de celui de *pelade*, affection dépilante au premier chef, dont la marche et la rapidité d'évolution sont aussi variables que la forme des lésions. Cependant, malgré cette diversité des formes de la pelade, on peut distinguer deux variétés principales de cette affection. Dans l'une, les plaques alopeciques sont régulières, circulaires ou un peu ovales, toujours nettement délimitées; l'affection débute très souvent par une plaque unique, qui peut rester solitaire; mais à cette première plaque s'adjoignent très souvent de nouvelles aires semblables qui, en s'étendant et en se réunissant, occupent la plus grande partie de la tête; au niveau des plaques, la peau est lisse, unie, souvent déprimée, elle est en outre décolorée; l'extension est particulièrement lente, souvent irrégulière, entrecoupée de longues périodes pendant lesquelles le mal s'arrête. C'est là la *pelade achromateuse* des auteurs modernes, l'ancien *porrigo decalvans* de Bateman, le *vittiligo* du cuir chevelu et de la barbe de Cazenave; c'est à cette variété surtout que convient la dénomination d'alopecie en aires. Dans l'autre variété, les poils tombent rapidement et en grand nombre, laissant après leur chute des surfaces dénudées qui n'ont aucune forme régulière, dont les contours sont sinueux et au niveau desquels la peau a conservé sa coloration normale; l'extension rapide des lésions amène parfois, en un temps très court, la chute de la totalité des cheveux; plus souvent encore que dans la variété précédente, la maladie porte son action au delà du cuir chevelu et amène la chute des poils de la barbe, des parties sexuelles, etc. Cette variété porte le nom de *pelade décalvante*. Entre les deux variétés, il y a donc de grandes différences, et l'on serait tenté d'en faire deux maladies distinctes, si l'existence simultanée des deux variétés sur un même sujet, si surtout l'apparition de la pelade décalvante chez un sujet atteint déjà depuis un certain temps d'une pelade achromateuse bien et dûment constatée, si enfin l'existence de nombreux cas intermédiaires ne venaient montrer qu'il s'agit d'une seule et même maladie dont les deux variétés se présentent avec des caractères morphologiques assez dissemblables.

Englobée par Bateman dans le groupe des teignes, la pelade semblait ne plus pouvoir en être distraite lorsque, après les travaux de Gruby et de Bazin, elle était, comme le favus et la teigne tondante, pourvue d'un champignon pathogène. On connaît et on trouvera admirablement racontées dans la thèse de M. Feulard (1) les variations d'opinion de

(1) H. FEULARD. Teignes et teigneux. (Thèse de Doctorat, Paris, 1886.)

Bazin qui, après avoir admis deux champignons différents pour la teigne achromateuse et la teigne décalvante, après avoir réuni plus tard ces deux espèces de teigne sous le nom de pelade, qu'il faisait relever d'un seul champignon, le *microsporan Audouini*, finit par ne plus considérer comme pelade véritable que la forme achromateuse et par rattacher les variétés de la pelade décalvante à la teigne tondante, dont il en faisait une phase avancée. On sait aussi que, pendant longtemps, le parasite de la pelade ne fut plus constaté par personne, jusqu'au jour où M. Malassez décrivit, comme le constituant, des spores dont la banalité et l'absence de relations avec la pelade ne tardèrent pas à être établies par Nystrom. Plus récemment, Eichhorst, Majocchi, puis C. Pellizzari, trouvant dans les follicules pileux et autour de la racine des poils des spores ressemblant à celles de Malassez, attribuèrent la pelade à la compression des poils par ces spores. Enfin, Thin et von Sehlen trouvèrent dans et sur les cheveux peladiques des micro-organismes (bactéries) dont von Sehlen put faire, avec des résultats positifs, l'inoculation aux animaux et que Bender (1) dit avoir réussi à cultiver. Ces recherches diverses ne semblent pas avoir été confirmées par les travaux ultérieurs : Bizzozzero (2), Mibelli (3), Behrend (4) ont retrouvé les mêmes spores et les mêmes microcoques dans la peau normale et précisément dans les parties de la peau où les auteurs précédents les avaient signalés. Force est donc d'avouer que, malgré tant de travaux laborieusement conduits, nous ne connaissons pas encore le parasite de la pelade.

Chacune des variations des histologistes dans leur opinion sur l'existence ou la non-existence du parasite de la pelade a été plus ou moins exactement suivie d'une modification correspondante dans l'opinion des pathologistes sur la contagion ou la non-contagion de cette affection. Nous ne nous attarderons pas à en exposer le détail et nous allons maintenant résumer les travaux à l'occasion desquels nous avons entrepris cette Revue.

Au mois de février dernier, M. Ollivier (5) lut à l'Académie un mémoire intitulé « La Pelade et l'École » ; se basant sur la rareté et le

(1) BENDER. Ueber die Ätiologie der Alopecia areata. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, n° 47.) On trouvera dans la thèse de Feulard l'indication bibliographique des travaux cités plus haut.

(2) BIZZOZZERO. Ueber die Mikrophyten der normalen Oberhaut der Menschen. (*Arch. für pathol. Anatomie und Physiologie*. XCVIII, p. 441.)

(3) V. MIBELLI. Ricerche sopra la sede dei microfiti nella epidermide umana normale. (*Bollettino della Società tra i cultori di scienze mediche di Siena*, 1886, n° 6.)

(4) BEHREND. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 14 février 1887.

(5) AUG. OLLIVIER. La Pelade et l'École. Mémoire lu à l'Académie de médecine, le 8 février 1887. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 1887, 20 mars, p. 195.)

peu de certitude présentée par les observations citées à l'appui de la réalité de la contagion de la pelade, sur l'observation de faits dans lesquels l'origine nerveuse est indiscutable, sur ce fait que des sujets vivant au contact de peladiques ne contractent pas leur maladie, enfin sur les expériences de Max Joseph qui, par la section de la branche postérieure du deuxième nerf cervical, produit chez les animaux des lésions analogues à la pelade de l'homme, le savant médecin de l'hôpital des Enfants-Malades conclut que la pelade n'est pas contagieuse et qu'elle est due à un trouble du système nerveux. De cette conclusion découle cette conséquence qu'on ne doit pas interdire l'entrée de l'école aux enfants atteints de pelade, car ce serait leur causer un préjudice en prononçant contre eux une exclusion qui n'est pas justifiée.

Peu après la publication du mémoire de M. Ollivier, M. Gaucher (1) fit paraître une courte note, dans laquelle il se déclare résolument partisan de la théorie nerveuse de la pelade : cette affection n'est pas contagieuse, ne se transmet pas parmi les parents des malades ; les faits, cités à l'appui de la contagion, sont des faits mal observés, des erreurs de diagnostic dues à ce que l'examen microscopique n'a pas été pratiqué ; au contraire, l'existence de troubles nerveux, d'antécédents névropathiques chez les peladiques prouvent bien que leur maladie ne reconnaît pour cause qu'une perturbation nerveuse. Comme M. Ollivier, M. Gaucher conclut que les enfants peladiques ne doivent pas être exclus de l'école.

Toutes autres sont les conclusions d'une Revue critique publiée par M. Brocq (2). Rappelant les faits de contagion de la pelade publiés par les auteurs les plus compétents, rapportant, d'autre part, de nouveaux exemples de pelade d'origine nerveuse, il déclare que l'étiologie de cette affection reste encore obscure, mais que, les caractères différentiels des formes contagieuse et non contagieuse n'étant pas encore établis, il faut jusqu'à ce que le diagnostic soit possible, interdire l'entrée des écoles communes à tous les enfants atteints de pelade.

Cette dualité d'origine de la pelade, cette conception éclectique de la nature de l'alopecie en aire avait déjà été formulée dans des travaux antérieurs : elle est formellement émise par M. Quinquaud (3) dans une discussion à la Société de biologie, par M. Chambard dans l'article PELADE du *Dictionnaire encyclopédique*, et par M. Feulard dans sa re-

(1) ERNEST GAUCHER. De la non-contagion de la pelade. (*Bulletin médical* 8 avril 1887.)

(2) L. BROCC. Doit-on considérer la pelade comme une affection contagieuse ? (*Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 13 mai 1887.)

(3) QUINQUAUD. Comptes rendus de la Soc. de Biologie. (In *Gazette médicale de Paris*, 1879, p. 13.)

marquable thèse de doctorat (1) ; elle est adoptée par la plupart des médecins actuels de l'hôpital Saint-Louis.

Deux thèses soutenues cette année même par deux élèves de M. Vidal (2) se terminent par des conclusions presque identiques. Pour leurs auteurs, la pelade est due à deux causes bien différentes : elle peut être d'origine nerveuse ou d'origine parasitaire ; la prophylaxie doit avoir pour but de diminuer autant que possible les chances de contagion ; aussi le médecin, devant l'incertitude où il se trouve souvent de la nature véritable d'un cas donné, doit-il toujours se comporter comme si la maladie était contagieuse.

Dans une Revue critique sur les teignes en général, M. Juhel-Rénoy, abordant l'étude de la pelade, sur laquelle 5 ans de recherches microscopiques dans le laboratoire de M. Besnier lui donnent une compétence toute particulière, déclare que « nous ignorons tout de la pelade, quoique son anatomie pathologique, comme sa symptomatologie soient l'objet constant de recherches assidues ; ce que je crois pouvoir oser dire, ajoute-t-il, c'est qu'en ce moment ranger la pelade dans les teignes, lorsque ce mot est synonyme d'affection parasitaire, est chose osée, téméraire ; dire que c'est une névrose, c'est avouer que nous l'ignorons ».

De nombreux cas de pelade constatés dans la garnison de Montpellier, pendant l'année 1885, ont été l'origine de deux mémoires intéressants.

L'un, dû à M. Bourguet (4), interne des hôpitaux de Montpellier, est la reproduction d'un mémoire de concours remis à l'administration des hôpitaux de cette ville et se compose presque uniquement, d'après le règlement du concours, d'observations recueillies à l'hôpital Saint-Éloi sur des militaires des divers corps de troupes casernés à Montpellier et envoyés à l'hôpital civil pour y être traités de la pelade. Ces observations sur un nombre de quinze, suffisamment détaillées pour que le diagnostic ne puisse être suspecté ; onze d'entre elles concernent des soldats d'un même régiment de ligne. D'autres malades, manifestement atteints de la pelade, ont également séjourné quelques jours à l'hôpital avant d'être envoyés en congé. Parmi tous ces faits, il n'y a qu'un seul exemple de contagion nette : il s'agit d'un soldat auquel on donna, à son arrivée au corps, les effets et le képi d'un soldat réformé pour pelade huit jours

(1) H. FEULARD. *Loc. cit.*, p. 87.

(2) M. BUCHIN. De la pelade ; nature, traitement, prophylaxie. (*Thèse de Doctorat*. Paris, 26 janvier 1887.)

G. LORJOT. Contribution à l'étude de la pelade. (*Thèse de Doctorat*. Paris 21 mars 1887.)

(3) Ed. JUHEL-RÉNOY. Teignes ; nature et traitement. (*Arch. génér. de méd.*, août 1887.)

(4) L. BOURGUET. La pelade dans la garnison de Montpellier pendant l'année 1886. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 26 mars, 2 et 9 avril 1887.)

auparavant ; quinze jours plus tard, on constatait une plaque de pelade à la nuque. Malgré ce fait, M. Bourguet ne considère pas comme démontrée la contagiosité de la pelade et se demande s'il ne s'agit pas là d'une coïncidence. Aussi n'admet-il pas que l'on donne le nom d'épidémie à la réunion des nombreux faits observés simultanément à Montpellier : « Beaucoup d'hommes étaient, dit-il, atteints avant leur arrivée au corps ; beaucoup de cas seraient passés inaperçus si on ne les avait soigneusement recherchés après qu'on en eût constaté quelques uns. »

M. Coustan (1), médecin-major au 122^e régiment d'infanterie, à propos des mêmes faits, arrive à des conclusions quelque peu différentes ; ce qui est dû sans doute à ce qu'il a observé un plus grand nombre de cas, de nombreux malades ayant été soignés à l'infirmerie du corps ou dans une salle d'isolement ; c'est, en effet, sur 120 malades, dont 80 pour lesquels le diagnostic n'était pas douteux, qu'ont porté ses observations. La maladie sévissait à Montpellier sur deux corps de troupe habitant le même casernement et, en même temps, sur deux compagnies du 122^e de ligne détachées à 36 kilomètres de Montpellier et qui, à leur retour, présentaient une douzaine de cas. A la suite de la constatation de la pelade, le 12 février et le 25 mai, chez deux hommes du 122^e de ligne qui furent plus tard réformés pour ce motif, ordre fut donné aux perruquiers des compagnies de diriger sur l'infirmerie tous les hommes porteurs de plaques alopeciques ; des inspections spéciales du cuir chevelu furent faites par les médecins du régiment et amenèrent, du 6 juillet au 31 août, la constatation de ces 120 cas de pelade ; en outre, une vingtaine d'hommes de la 16^e section de commis et ouvriers, logés dans le même quartier que ceux du 122^e de ligne, mais dans une aile séparée, furent également atteints de pelade. Les hommes malades furent alors envoyés à l'hôpital, puis en congé de convalescence, ou tout au moins isolés dans une chambre spéciale pour les repas et la nuit ; en même temps des mesures prophylactiques (suppression de l'emploi de la tondeuse, obligation pour les perruquiers de se servir de ciseaux flambés et lavés au bichlorure de mercure après chaque coupe de cheveux, désinfection des fournitures de literie et de vêtements, badigeonnage du cuir intérieur des képis avec la solution de bichlorure de mercure) furent prises, et la maladie disparut complètement. L'auteur conclut à la réalité de la contagion de la pelade, et à la nécessité de prendre des mesures énergiques pour éviter sa propagation.

(1) COUSTAN. Épidémie de pelade achromateuse observée en 1886, à Montpellier. (*Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 20 juillet 1887.)

II

Un certain nombre de faits peuvent être invoqués en faveur de l'origine nerveuse de la pelade, et parmi eux il en est qui ont une valeur toute spéciale.

Telles sont, par exemple, ces observations dans lesquelles, à la suite d'une névralgie violente occupant le nerf occipital, ou le nerf trijumeau, ou à la suite d'accès répétés de migraine, des plaques d'alopécie se sont montrées dans la zone de distribution du nerf ou des nerfs douloureux. A cette catégorie se rapporte évidemment l'observation de ce jeune engagé conditionnel, pour lequel M. Brocq fut consulté, et qui à son arrivée au corps avait été pris de violents accès de tristesse, puis de névralgies occipitales; peu après il avait remarqué que ses cheveux tombaient et il se forma rapidement une longue bande d'alopécie située à droite de la ligne médiane vers l'occiput; il est bon de remarquer que dans la chambrée où couchait ce soldat aucun homme n'était atteint de pelade.

De même, on doit considérer comme des arguments de haute importance, au point de vue de l'influence du système nerveux sur la production de la pelade, les faits dans lesquels cette affection s'est développée à la suite d'une violente émotion.

Un jeune enfant de 11 ans, dont l'observation est rapportée par M. Ollivier, traversait avec son père le bois de Boulogne à 10 heures du soir, par un temps sombre et froid: il avait une frayeur si vive que pendant tout le parcours il se pressa en tremblant contre son père; arrivé à la maison, il était en nage et cependant il avait marché d'un pas modéré. Le lendemain, sa mère, en le peignant, fit tomber une forte mèche de cheveux et, à sa place, il resta une plaque dénudée, de forme circulaire, large comme une pièce de 5 francs, située au niveau de la suture lambdoïde. Des chagrins prolongés, des émotions de toute nature peuvent être suivis du développement de plaques d'alopécie peladique. Tel le fait d'une femme, observée par M. Gaucher, devenue peladique à la suite de la mort de son mari et la perte complète de sa fortune.

C'est encore une altération du système nerveux, qui est la cause de pelade dans les cas, rares d'ailleurs, où le surmenage intellectuel détermine sa production, comme chez cet officier de l'École de guerre, observé par M. Gaucher, qui vit se développer des plaques de pelade après des insomnies prolongées et le travail excessif nécessité par la préparation de concours.

L'hystérie, qui s'accompagne de tant de troubles nerveux variés, la neurasthénie semblent aussi parfois provoquer l'apparition de plaques de

pelade, pour lesquelles on est amené à admettre une origine nerveuse. Ainsi en était-il chez deux médecins par lesquels M. Gaucher fut consulté, et dont l'un était neurasthénique et hypochondriaque et l'autre atteint d'œsophagisme en même temps que de pelade ; ainsi également chez une dame observée par le même médecin, hystérique sans attaques, mais atteinte de vaginisme et présentant l'état mental spécial aux hystériques.

Ces observations, que nous avons choisies à dessein parmi les plus récentes, viennent corroborer ce que l'on connaissait déjà de la vraisemblance de l'origine nerveuse d'un certain nombre de cas de pelade ; elles entraînent la conviction et seront acceptées comme démonstratives par tous. Par contre, il semble difficile d'admettre qu'une pelade est d'origine nerveuse parce que l'enfant qui en est porteur est irritable, nerveux, difficile, parce qu'il a présenté des accidents nerveux antérieurs : c'est là, ce nous semble, une exagération, et on ne peut considérer comme nerveux tous les troubles et toutes les lésions qui se produisent sur le tégument, chez les sujets plus ou moins entachés de nervosisme. De même, nous aurions quelque difficulté à croire, avec M. Gaucher, que l'établissement de la menstruation soit, par l'intermédiaire des troubles nerveux qu'il détermine, la cause de la pelade.

La théorie nerveuse de la pelade manquait jusqu'à ces derniers temps de tout contrôle anatomique et expérimental. Non seulement on n'avait à citer aucune autopsie dans laquelle des lésions des nerfs aient été constatées, mais encore on ne pouvait invoquer aucune expérience sur les animaux. Les expériences récentes que Max Joseph (1) a entreprises sur 5 animaux ont fait voir que la section de la branche postérieure du deuxième nerf cervical, immédiatement après le ganglion produit l'atrophie, puis la chute des cheveux, et par suite une plaque alopécique occupant la limite des téguments de l'oreille et de ceux de la tête ; cette plaque alopécique est formée du 3^e au 19^e jour après la section nerveuse et plus tard des plaques semblables se développent dans son voisinage ; l'examen histologique des lésions montre qu'il n'y a aucune trace d'inflammation et que tout se borne à des altérations atrophiques. Des expériences de contrôle entreprises par V. Mibelli (2) ont montré que les choses ne se passaient pas toujours de la même façon : chez un des animaux opérés, l'ablation d'une faible portion du deuxième ganglion cervical droit et d'une certaine longueur du faisceau efférent fut suivie

(1) M. JOSEPH. Experimentelle Untersuchungen uber die Ätiologie der Alopecia areata. (*Monatshfte für prakt. Dermatologie*, 1886.)

(2) V. MIBELLI. Ricerche sperimentali sull'etiologia dell' alopecia areata (Comunicazione preventiva). (*Bollettino della Società tra i cultori di scienze mediche di Siena*, 1887, n° 2.)

de la production d'une plaque d'alopecie siégeant à droite dans le point indiqué par M. Joseph; chez le même animal il se produisit une plaque alopecique sur le cou, au niveau de la quatrième vertèbre, et une autre entre les deux scapulums, à gauche de la ligne médiane; chez deux autres animaux, il ne survint pas de plaque alopecique sur le crâne, on découvrit par hasard, sur l'un, deux plaques alopeciques symétriquement disposées au devant de l'articulation scapulo-humérale et l'autre présenta une plaque alopecique sur la partie droite du cou, sur la partie droite du nez et sur les 2°, 3° et 4° doigts du membre inférieur gauche. Ces expériences, on le voit, ne confirment pas entièrement celles de M. Joseph et montrent que les faits sont plus complexes qu'ils ne semblaient de prime abord. Aussi, pour juger définitivement leur valeur, faut-il attendre qu'elles aient été répétées sur une plus large échelle, ainsi que V. Mibelli se propose d'ailleurs de le faire.

Il est cependant permis de faire, à propos de ces expériences, une remarque importante, tirée de la topographie des plaques de pelade. Certaines plaques d'alopecie sont unilatérales, exactement limitées par la ligne médiane, et cette disposition cadre bien avec l'hypothèse d'une lésion nerveuse unilatérale; d'autres sont d'une symétrie parfaite d'un côté à l'autre, distribution que l'on connaît aussi dans les affections cutanées d'origine nerveuse et dont la physiologie permet de donner une explication satisfaisante dans l'hypothèse d'un trouble fonctionnel du système nerveux. Par contre, et c'est là le cas le plus fréquent, les plaques d'alopecie peuvent affecter une distribution absolument asymétrique et irrégulière, une plaque presque médiane empiétant inégalement sur chacune des moitiés du crâne, ou bien des plaques multiples étant disséminées de chaque côté sans la moindre tendance à la symétrie. Ainsi que le faisait remarquer M. Merklen (1), dans une importante Revue critique publiée dans ce même recueil, les territoires envahis par la pelade ne correspondent le plus souvent pas à la distribution d'un seul nerf crânien, mais bien de plusieurs nerfs. Cette distribution, que rien dans nos connaissances actuelles sur la physiologie du système nerveux ne permet d'expliquer par une lésion simple et unique, peut être invoquée contre la théorie trophonévrotique et reste encore un argument de haute valeur après les expériences de Max Joseph qui montrent l'alopecie se produisant dans un territoire déterminé et correspondant assez bien à la distribution des rameaux issus du ganglion intéressé. Elle serait du moins d'accord avec l'expérimentation sur les animaux, si les résultats annoncés par Mibelli viennent à se confirmer, c'est-à-dire si on prouve que la lésion d'un ganglion sympathique, ou

(1) P. MERKLEN. De la pelado. (*Annales de Dermatologie*, 1880, p. 260.)

plutôt les lésions de ce ganglion et de ses rameaux afférents et efférents produites par des tentatives d'extirpation du ganglion sont susceptibles de déterminer l'alopecie en aires au niveau de l'extrémité céphalique, et au niveau des membres supérieurs, et cela des deux côtés, encore bien qu'un seul ganglion ait été lésé. Mais la multiplicité même des lésions, sans laquelle on ne peut comprendre une pareille dissémination des plaques alopeciques, si elle est facile à admettre quand il s'agit d'un traumatisme comme l'extirpation d'un ganglion sympathique, devient bien peu vraisemblable lorsqu'il s'agit d'une affection survenant spontanément.

On voit donc que tout n'est pas encore dit sur ce sujet, et qu'il restera encore bien des points discutables, quel que soit le résultat des expériences qui ne peuvent manquer de surgir à bref délai.

Dès maintenant, sans demander plus à l'expérimentation, on peut et on doit admettre, de par l'observation clinique, que des lésions ayant tous les caractères assignés à la pelade sont produites par des troubles. Cette conclusion, il n'est, à l'heure actuelle, aucun dermatologiste qui la rejette,

Là où l'accord cesse, c'est lorsqu'il s'agit de savoir si toutes les pelades reconnaissent la même origine, et, en présence du nombre considérable et toujours croissant (1) des cas de cette maladie, on est bien en droit de s'étonner qu'une trophonévrose s'observe avec une telle fréquence et fasse un si grand nombre de victimes dans toutes les classes de la société. On est en droit aussi de faire remarquer que la thérapeutique ne vient guère à l'appui de l'origine nerveuse de la pelade ; ici nous ne faisons pas seulement allusion à l'inefficacité reconnue de l'électricité, ou à celle à peu près constante des douches et des médicaments dits nervins, mais encore et surtout à l'arrêt habituel du développement de la pelade quand des moyens de traitement qui n'ont rien d'antinerveux (épilation, frictions excitantes), sont appliqués.

Ces réserves faites, nous n'insisterions pas plus longtemps sur la théorie nerveuse ou trophonévrotique de la pelade.

Par contre, nous nous étendrons un peu plus longuement sur les faits cités à l'appui de la réalité de la contagion. (A suivre.)

(1) Nous parlons ici de ce que nous avons vu et de ce que chacun peut voir à l'hôpital Saint-Louis. D'après l'observation que l'on peut y faire, la pelade paraît plus fréquente en France que dans les autres pays, si l'on en juge par les travaux des dermatologistes étrangers. Cette fréquence plus grande dans notre pays, si elle était nettement établie par la statistique, serait une preuve de plus à l'appui de la contagion de la maladie.

II

CONSIDÉRATIONS A PROPOS DE 3 CAS DE SYPHILIS ACQUIS : OBSERVÉS CHEZ DES SUJETS PORTEURS DE STIGMATES DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE.

Travail de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques,

Service de M. le professeur **LELOIR**,

par **A. Tavernier**, aide de clinique du service.

Le regretté Parrot, dans son livre : *Rachitisme et syphilis*; Hutchinson, dans son étude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire; le professeur A. Fournier, dans ses leçons récentes sur la syphilis héréditaire tardive, ont tracé d'une manière magistrale, certains signes, certaines particularités, qui peuvent permettre au médecin de soupçonner la syphilis héréditaire. Un malade se présente porteur d'une gomme ulcérée, d'un syphilôme résolutif, il n'accuse aucune lésion qui la puisse rattacher à une infection récente; aussitôt, voyant la cause nous en échapper, nous sommes portés à faire dériver cet accident d'une syphilis héréditaire. Mais si dans ces cas, nous constatons en même temps des signes indubitables de syphilis récente acquise (chancre, papules cutanées et muqueuses, etc.), de deux choses, l'une : ou bien les signes décrits par Parrot, Hutchinson, Fournier avec tant de netteté, n'ont qu'une valeur secondaire, ou bien un sujet atteint de syphilis héréditaire tardive (Fournier), de syphilis héréditaire à manifestations tardives (Leloir), peut être infecté ultérieurement, être entaché une seconde fois par la syphilis.

D'ailleurs, ces différents signes, comme nous le dit excellemment M. le professeur Fournier dans son récent travail sur la syphilis héréditaire tardive, ne sont pas eux-mêmes pathognomoniques, ils n'ont rien d'absolu et ne comportent qu'une valeur diagnostique relative, pris isolément.

Aussi, ayant pu constater la coïncidence de quelques-uns de ces signes chez trois de nos malades, atteints de syphilis acquise, avons-

nous songé, sur les conseils de notre maître, M. le professeur Leloir, à en publier les observations.

Dans notre observation I, la malade présente le type de la dent de Hutchinson, une cicatrice blanche, lisse sur la cuisse droite; elle a de plus, l'année dernière, contracté un chancre du pli génito-crural, suivi d'accidents secondaires.

Le second de nos malades (observation II) est atrophié, présente des cicatrices fessières. Son crâne est natiforme, ses dents mordillées et de neuf frères et sœurs qui composaient la famille quatre sont morts en bas âge.

Le troisième a eu une taie de la cornée, des cicatrices fessières, ses incisives et canines sont mordillées, et sur dix enfants engendrés, quatre sont morts peu de temps après la naissance.

Tous les deux ont contracté la syphilis, comme on le verra dans les observations II et III.

OBSERVATION I. — La nommée Pic... (Marie), âgée de 24 ans, couturière, entre le 27 janvier 1887, salle Saint-Henri, lit n° 20.

Observation 393 du Recueil d'Observations. Femmes.

Dent de Hutchinson. Cicatrice de la fesse, atrophie générale de la femme. Chancres éthymateux du pli génito-crural gauche, de la petite et grande lèvre gauche. Lymphangite bi-inguinale. Roséole. Syphilide papulo-croûteuse du bras. Adénopathie généralisée. Alopecie sourcilière. Papules opacifiées de l'isthme du goïer. Syphilides érosives des plis radiés.

Grossesse de cinq mois.

Mère morte, suite de couches. Père bien portant, trois enfants dans la famille : un frère vivant et très vigoureux, notre malade, et un troisième mort de cause inconnue. Nous ne trouvons dans l'interrogatoire aucune trace de syphilis chez les parents, chez la mère, pas de fausse couche. Notre malade, il est vrai, est petite, mais n'a aucun antécédent morbide, aucune lésion de l'œil, aucune lésion du nez ni du voile du palais qui puisse nous faire soupçonner la syphilis héréditaire; cependant nous trouvons, sur la face interne de la cuisse, une cicatrice lisse, blanchâtre, grande comme une lentille. De plus, les incisives médianes supérieures présentent l'altération de la dent de Hutchinson.

Nous ne trouvons donc, chez notre malade, aucune maladie, ni aucun antécédent morbide antérieur.

Elle est enceinte de cinq mois.

Elle a eu son dernier rapport avant son mariage, il y a deux mois.

Elle ne s'est aperçue en aucune façon de l'accident primitif; vers le 1^{er} janvier, son attention fut attirée par des démangeaisons inaccoutumées du côté du pli génito-crural. Depuis ce moment, aucun trouble dans l'état général, pas de maux de tête, ni de maux de gorge, pas de chute des cheveux. Vers le 15 janvier, apparition des boutons, qu'elle porte actuellement sur le corps, quelques douleurs dans l'épaule, un affaiblissement et une courbature générale, l'appétit est tout à fait tombé.

Elle entre dans nos salles, le 27 janvier.

État actuel. — Femme de constitution tout à fait médiocre, cachectisée, petite. Rien au cœur.

Aux poumons, en avant, aux deux sommets, inspiration rude, expiration soufflante, affaiblissement du murmure vésiculaire, répercussion des bruits du cœur; en arrière, à gauche, diminution notable du murmure vésiculaire, et mêmes signes qu'en avant. A l'examen, à la partie inférieure du pli génito-crural gauche, nous voyons un chancre ecthymateux rouge à son centre, grisâtre à sa périphérie, grand comme une pièce de deux francs, et un autre à la face interne de la petite lèvre droite, grand comme une pièce de 20 centimes, présentant les mêmes caractères que le premier...

Lymphangite grosse comme une ficelle, partant du pli génito-crural et allant rejoindre, à gauche, deux ganglions indolores et durs, gros comme des œufs de poule. A droite, trois ganglions comme des noisettes.

Sur le corps, localisée au tronc et à la racine des membres inférieurs et supérieurs, éruption maculeuse et papuleuse assez cohérente, ainsi qu'à la face. Syphilide papulo-hypertrophique croûteuse, nettement indurée du bras gauche.

Ganglions épitrochléens droits et gauches, gros comme un pois.

Rougeur et légère hypertrophie des amygdales.

Quelques ganglions cervicaux engorgés.

Légère alopecie sourcilière.

En somme, nous nous trouvons en présence d'une femme atteinte de trois chancres ecthymateux de la vulve et du pli génito-crural gauche, portant une éruption secondaire, maculeuse et papuleuse cohérente. Les incisives médianes supérieures présentent l'altération bien caractéristique de la dent de Hutchinson.

Inoculation, chancre au bras gauche.

Frictions, 2^{es}, 5.

31 janvier. — Inoculation négative.

9 février. — Stomatite légère. Hydrargyrie cutanée de la vulve et des creux axillaires consécutives aux frictions.

Supprimer les frictions.

14 février. — Les chancres sont presque cicatrisés.

Pilules Hg. I, n° 2.

Iodure de potassium, 1 gramme.

24 février. — Papules opalines du pilier antérieur droit.

26 février. — Exeat sans accidents.

27 avril. — La malade rentre dans le service pour des syphilides érosives des plis radiés de l'anus.

Liqueur de Van Swieten, 1 cuillerée.

Supposit. iodof. le soir.

9 mai. — La malade a éprouvé des sensations de cuisson, parce que les selles étaient dures.

Lavement glyciné.

23 mai. — Syphilide pigmentaire du cou.

24 mai. — Exeat guérie.

OBSERVATION II. — Le nommé Mir... (Henri), âgé de 47 ans, chaudronnier en fer, entre le 20 juin 1885, salle des Vénériens, lit n° 18.

Observation n° 230. Recueil d'Observations. Hommes.

Phimosi.s inflammatoire masquant un chancre infectant, un peu phagédénique. Papules hypertrophiques anales. Syphilides pigmentaires accentuées du cou, du tronc et de l'abdomen.

Cicatrices des fesses. Crâne natiforme. Dents mordillées. Atrophie générale. Polyéthalié dans la famille.

Père mort, de cause que le malade ne sait pas spécifier. Mère jouit encore d'une bonne santé; d'une famille composée de neuf enfants, il n'en reste plus que cinq.

Tous ont eu la variole dans leur jeunesse.

Pas d'antécédents de maladies vénériennes ou syphilitiques.

Pas de rhumatisme ou de parents rhumatisants dans la famille.

Pas d'alcoolisme.

Contracte la variole à l'âge de 10 mois. Cette affection a laissé des cicatrices assez nombreuses que l'on peut encore voir à la partie supérieure de la face. Depuis lors, il n'a jamais plus été malade.

État actuel. — Homme, atrophie, surmené, pâle.

Il est entré dans nos salles pour un phimosis qui débute il y a environ deux mois, vingt-cinq à trente jours après son dernier coit qui eut lieu il y a environ trois mois. Ce phimosis est intense, légèrement inflammatoire, sécrète un liquide sain-purulent et empêche le malade de décalotter. Lorsqu'à ce niveau on soulève le prépuce, on sent à la partie supérieure du gland une plaque d'induration considérable presque cartilagineuse. Ce phimosis masque peut-être un chancre infectant phagédénique. Tout ceci est douloureux à la pression.

Adénopathie bi-inguinale spécifique multiple.

Ganglions sous-maxillaires gros comme une noisette à gauche.

Toute la chaîne mastoïdienne est prise tant à droite qu'à gauche.

Pas de ganglions épitrochléens.

Syphilide pigmentaire du cou et de la nuque, face antérieure du tronc et de l'abdomen.

Papules hypertrophiques anales.

Le malade ne sait pas préciser la date d'apparition de ces accidents.

Rien du côté de la bouche ni du cuir chevelu.

Pas de fièvre. Un peu de céphalée le soir.

Injection entre le gland et le prépuce avec nitrate d'argent au 1/30°.

Bains de verge au coaltar saponiné.

Lotions avec liqueur de Labarraque.

Poudre d'oxyde de zinc.

Pilules Hgl, n° 2.

Sp. Fe I.

Le malade est en outre atrophie, malingre, chétif, pâle. Ses incisives et canines médianes supérieures sont fortement mordillées. Le front est natiforme et aux régions lombo-fessières nous voyons cinq cicatrices superfi-

cielles, rondes, lisses et blanchâtres. Enfin, cinq enfants de la famille sont morts en bas âge.

OBSERVATION III. — Le nommé Pierr... (Napoléon), âgé de 17 ans, peintre de lin, entre dans nos salles, le 23 juin 1883.

Observation n° 233 du Recueil d'Observations. Hommes.

Chancre de l'orifice préputial, induration en anneau; transformation *in situ* du chancre en papule érosive. Syphilide papuleuse, disposée sous forme de bande suivant le trajet du canal de l'urèthre à sa face inférieure. Vestiges de roséole sur les membres inférieurs. Papules opalines de l'orifice préputial. Papules érosives de l'anus, de la gorge, de la bouche. Syphilide pigmentaire du cou. Syphilides papulo-squameuses des jambes. Balanite. Dents mordillées, incisives et canines. Taie de la cornée. Cicatrices des fesses. Polyéthylité dans la famille.

Père et mère bien portants, mère cependant assez sujette à des gastralgies. Huit enfants bien portants dans la famille, quatre autres sont morts de maladies inconnues.

A eu la fièvre typhoïde dans son enfance, pas de rhumatisme, de névralgies. Variole il y a six ans, travaille en fabrique depuis l'âge de 12 ans. N'est pas buveur.

A vu deux filles en deux années, la dernière au mois de février dernier. Quatre semaines après, il vit apparaître sur la verge, une petite érosion blanche non douloureuse, sur laquelle il n'appliqua aucune substance médicamenteuse, se contentant de prendre de la tisane parce qu'il ressentait dans le canal une sensation de brûlure. Il n'eut pourtant pas d'écoulement. Depuis fin février, jusqu'aujourd'hui, il ne suivit aucun traitement, et continua son travail; deux mois après, l'insomnie se déclara, des maux d'yeux, des maux de gorge, mais pas de céphalée, d'alopécie, de fièvre.

L'érosion de la verge continua à grandir, elle devint dure, le malade ne peut plus décalotter.

Impossible de savoir quand est venue la roséole.

Il y a quinze jours, une grande quantité de boutons se développèrent sur les jambes, le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Nous le trouvons dans l'état suivant :

Jeune homme assez bien constitué, un peu maigre. La portion antérieure de la verge est occupée par une induration en anneau, cartilagineuse, élastique, occupant presque tout le circuit de l'orifice préputial. Cette induration épaisse de 2 à 3 millimètres dans la partie la plus inférieure du prépuce, va en s'amincissant comme les deux cornes d'un croissant, on peut nettement la séparer des tissus sains, et un coup de ciseau l'isolerait immédiatement; elle est surmontée par une exulcération rouge sur une surface grande comme une pièce de 20 centimes, peu suintante, vernissée, rappelant absolument la coloration rouge du chancre. Dans les autres parties, la lésion est diphthéroïde et si on enlève avec un linge cette apparence membraneuse, on trouve sous elle l'apparence rouge, en même temps que se produit une hémorrhagie légère, sur la face inférieure de la verge, quelques papules et une syphilide un peu croûteuse à la partie la plus postérieure.

Dans les aines, une adénopathie double, spécifique, grosse comme une noisette.

Il y a là, en somme, l'apparence de la transformation *in situ* de Davasse et Deville.

Dans la gorge, en particulier sur les amygdales, une grande quantité de papules opalines, la voix est enrouée.

Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, durs, indolores, gros comme des noix.

Syphilide pigmentaire du cou, très belle (Ce jeune homme a une peau fine et blanche, comme celle d'une femme).

Chapelet de ganglions assez prononcé (dans la région cervicale).

Sur toute la surface du corps, nous ne trouvons aucune lésion cutanée.

Dans le dos peut-être, quelques traces de roséole, sur les jambes, des deux côtés, des syphilides papulo-squameuses petites, ayant une forte tendance au groupement, le malade se tient debout en travaillant.

Notons que les papules suivent d'une façon remarquable le canal de l'urèthre, sous forme d'une bande, large de 1 centimètre. Syphilides pigmentaires de la nuque.

En somme, nous constatons chez ce malade une belle transformation *in situ* du chancre, une plaque muqueuse au niveau de l'orifice préputial avec induration en anneau, persistante à ce niveau, des syphilides papuleuses sous forme de bande, suivant le trajet du canal de l'urèthre, de la roséole, en voie de disparition, sur la partie inférieure du dos et des cuisses ; sur les jambes, au contraire, les lésions sont un peu plus accentuées, il y a des syphilides papulo-squameuses, papules opalines de la gorge.

Nous constatons de plus, chez notre malade, une taie de la cornée, résultat d'une lésion oculaire de l'enfance. Les incisives et canines médianes, supérieure et inférieure sont fortement mordillées. Le jeune homme présente comme le malade de l'observation II, des cicatrices fessières et il a perdu quatre de ses frères et sœurs.

Traitement. — Pilules protoiodure de mercure, n° 2.

Sirop iodure de fer, 1 cuillerée.

Gargarismes au chlorate de potasse.

Pommade au calomel.

5 juillet. — Il y a une grande amélioration dans l'état des plaques muqueuses ; au niveau de l'orifice préputial, les papules opalines prennent un aspect rouge.

9 juillet. — Papules érosives de l'anus.

11 juillet. — Guérison des lésions de la verge.

Papules érosives de l'anus, de la bouche. Cautérisation au nitrate d'argent 1/10°.

22 juillet. — Bains de verge.

23 juillet. — Exeat sur sa demande, très amélioré.

Comme nous l'a fait observer M. le professeur Leloir, ou bien l'on doit admettre que dans ces trois cas les sujets atteints de syphilis héréditaire tardive, ont contracté ultérieurement une syphilis acquise, qu'il y a eu réinfection syphilitique et on arrive forcément à cette conclusion, si l'on considère comme pathognomonique de la syphilis héréditaire tardive, les lésions présentées par les malades précités. On remarquera, en outre, que dans ces trois cas, il ne s'agissait pas de phénomènes de l'hérédosyphilis, pris isolément, mais de quelques-uns d'entre eux

groupés (dents de Hutchinson, cicatrice fessière, atrophie générale dans l'observation I; cicatrices fessières, crâne natiforme, dents mordillées, polyéthéisme dans l'observation II; taie de la cornée, cicatrices fessières, dents mordillées, polyéthéisme dans la famille dans l'observation III).

Ou bien, ce qui me paraît le plus sage, nous disait M. Leloir, on doit admettre avec mon maître, le professeur A. Fournier, qu'« aucune de ces particularités n'est en soi pathognomonique, dans le sens strict qu'il convient de rattacher à ce mot. S'il existait un signe pathognomonique de syphilis héréditaire, il y a longtemps qu'il serait découvert, tant le sujet a été étudié, trituré. Ce dont nous disposons seulement en l'espèce, c'est un ensemble de signes qui n'ont rien d'absolu, qui ne comportent qu'une valeur relative, et ce sera affaire à nous d'estimer ce qu'ils peuvent nous fournir comme degré de certitude et de probabilité. Mais, quant à des signes formels, positifs, répétons le mot : pathognomoniques, nous n'en avons pas et, selon toute vraisemblance, nous n'en aurons jamais. » (Fournier, *Leçons sur la syphilis héréditaire tardive*, 1886, p. 21.)

DE L'ARGYRIE LOCALE DES OUVRIERS EN ARGENTERIE,

Par G. L. WIN.

Des taches bleuâtres que j'ai observées sur les mains d'un ouvrier en argenterie m'ont engagé à faire des recherches sur ce sujet chez les autres ouvriers en argenterie de Berlin. Or, j'ai constaté que parmi les différentes opérations que comprend la fabrication de l'argenterie (alliage, fonte, etc.), celles-là seules qui nécessitent l'usage d'instruments coupants, tels que scie, tour, burin, instruments tous graissés avec un mélange d'huile et de pétrole, exposent les ouvriers au développement des taches argyriques.

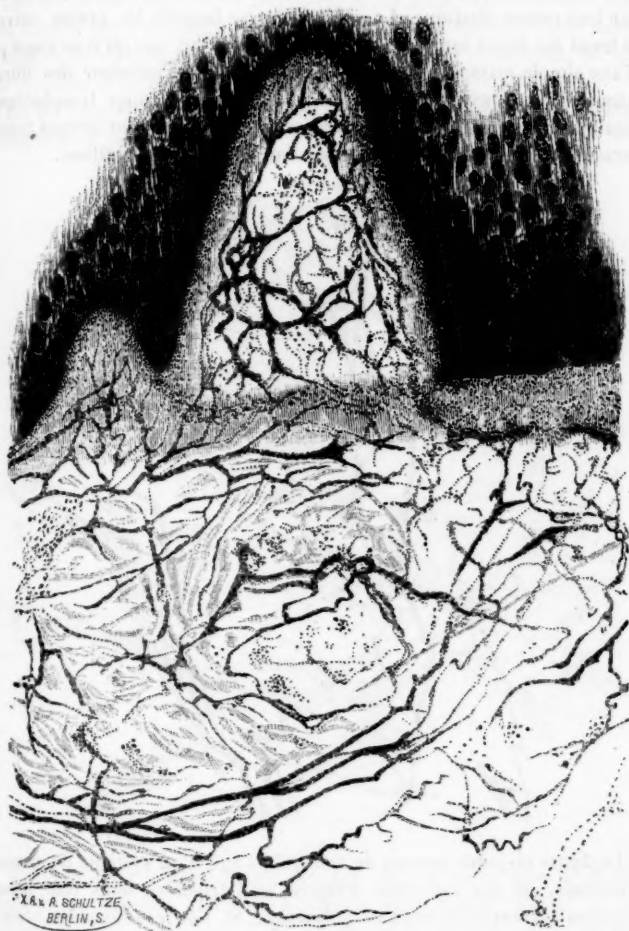
Deux vieux ouvriers avaient leurs taches depuis cinquante années sans aucun changement de couleur ou de grandeur; chez un autre qui ne travaillait que depuis quinze années, les taches sont restées les mêmes; un quatrième, qui n'avait plus travaillé depuis douze années, avait vu disparaître plusieurs taches. Ces taches sont donc un signe très caractéristique pour constater l'identité d'un individu.

Elles sont causées par des insultes mécaniques. Elles ont pour siège principalement la main gauche avec laquelle l'ouvrier tient les objets. Sur 163 ouvriers, les taches se trouvaient au niveau de la main gauche chez 97; au niveau des deux mains chez 58; sur la face dorsale des doigts chez 36, et sur l'avant-bras gauche chez 7.

A l'examen microscopique l'épiderme est normal, mais le corps papillaire a une teinte jaunâtre diffuse. La lame mince homogène intermédiaire au corps muqueux de Malpighi et à la partie superficielle du derme contient des grains d'argent parfaitement ronds, excessivement petits (une cellule lymphatique en tiendrait 30) et pressés étroitement l'un contre l'autre. Dans la couche profonde du derme on voit des lignes horizontales ramifiées et anastomosées, remplies de grains d'argent très fins ou ne montrant qu'une teinte jaunâtre diffuse. De ces lignes partent des traînées très fines de même apparence qui se rendent dans le corps des papilles en y formant de riches réseaux.

Les lignes sont des fibres élastiques, qui semblent creuses, et se distinguent par là des fibres élastiques ordinaires qui sont pleines. Déjà,

depuis bien longtemps, Virchow (1), V. Recklinghausen (2) et Frey (3) ont soutenu qu'il y a des fibres élastiques pleines et creuses ; Reck-



lingshausen, en particulier, a décrit des fibres élastiques creuses dans

- (1) Virchow, *Cellular-Pathologie*, p. 230,
- (2) *Lymphgefasse*, 1862, p. 59.
- (3) *Histologie et histochimie*.

la peau. Ces fibres forment un système de canaux communicants qui me semblent faire partie du système des voies lymphatiques.

La forme des fibres et de leurs anastomoses ne laisse aucun doute sur leur nature élastique. La régularité avec laquelle les grains suivent le trajet des fibres sans dépasser leurs contours fait voir qu'il ne s'agit pas d'une simple juxtaposition, mais d'un dépôt dans l'intérieur des fibres. Aussi voit-on souvent ces lignes se joindre à des lacunes lymphatiques ramifiées. Cependant je n'ai pas réussi à prouver par des coupes transversales que les grains sont disposés dans l'intérieur des fibres.



La figure ci-jointe permet de voir qu'il s'agit d'un système de canaux préformés, où les particules d'argent sont disposées dans une même direction suivant le courant de la lymphe. Si l'on examine des coupes de peau tatouée de charbon, on voit les particules de charbon disposées d'une manière analogue. Là, les petits grains noirs se trouvent dans des cellules du tissu conjonctif plus ou moins longues, et encore ils forment des lignes très fines qui ressemblent à des fibres élastiques; et ces lignes doivent évidemment faire partie du système lymphatique, car on

trouve les grains de charbon dans les ganglions lymphatiques de la région correspondante.

Les taches des ouvriers en argenterie m'ont donc fait découvrir, surtout dans le corps papillaire, un système de fibres élastiques très fines, jusque-là inconnues, non visibles par les méthodes ordinaires, et qui me semblent faire partie du système lymphatique.

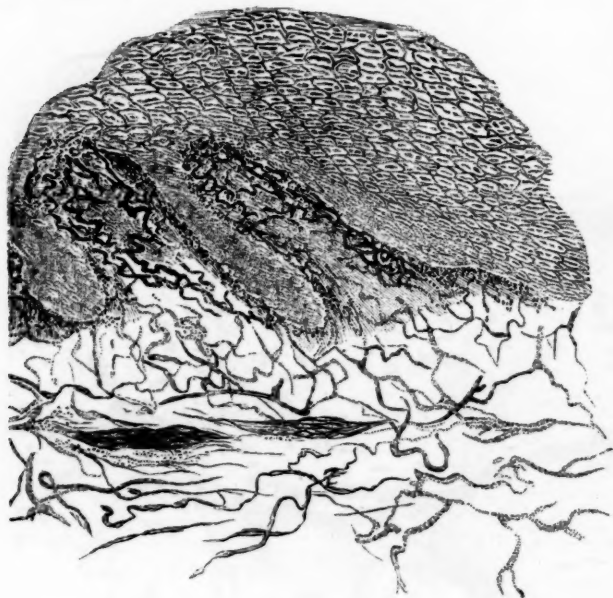
Tel est l'intérêt de ces taches pour l'étude de l'anatomie et de la physiologie de la peau.



En examinant la *constitution chimique* de ces grains dans le derme, nous avons constaté qu'ils se dissolvent dans l'acide nitreux, ce qui prouve qu'ils sont d'argent. Puis on reconnaît que ces grains ne sont plus les mêmes particules qui sont entrées primitivement dans la peau blessée; ils s'en distinguent par leur petitesse, l'égalité de leur grandeur et leur réfraction. Ils sont très petits, comme nous l'avons déjà remarqué. Ajoutons que les grains sont très parfaitement semblables, tandis que les grains primitifs sont inégaux, d'une forme irrégulière.

Les grains d'argent métallique entrés dans la peau doivent s'y transformer en un sel à base d'argent, d'où la réduction et l'égalité des petites particules. Cela est prouvé par la couleur diffuse du corps papillaire et des canaux des glandes sudoripares, couleur homogène, même avec les grossissements les plus forts, et qui ne peut donc être produite que par un sel soluble.

Les expériences que j'ai faites conduisent au même résultat. Des lapins que j'ai tatoués de grains d'argent très fins n'ont pas eu de tache bleue.



Un morceau de leur peau extirpé au bout de six semaines présentait une teinture diffuse bleuâtre du derme, mais je n'y ai pas trouvé d'argent métallique. J'ai tatoué six personnes et injecté chez trois autres de fins grains d'argent suspendus dans l'huile dont les ouvriers se servent pour huiler leurs instruments. Chez deux personnes de la première catégorie il y eut un abcès, et ainsi tout l'argent fut éliminé. Chez les quatre autres, l'argent est resté à la place où il avait été déposé, et une seule eut une tache faiblement bleuâtre. Dans les trois cas de la seconde expérience, il y eut abcès, et chez deux des sujets soumis à l'injection, l'argent est encore maintenant dans la peau, surtout chez un docteur

de K... où on le sent comme une petite masse dure incrustée dans la peau.

Le long temps qui se passe entre l'entrée de l'argent dans la peau et l'apparition des taches explique l'ignorance des ouvriers sur leur origine. Il est vraisemblable que l'argent est d'abord et peu à peu transformé en sel et qu'il subit ultérieurement la réduction en sel métallique.

Pour savoir *quel est ce sel à base d'argent*, il faut examiner comment



se produit l'argyrie généralisée qui résulte de l'usage interne du nitrate d'argent.

Riemer, le représentant de la théorie mécanique, dit que le nitrate d'argent est réduit pour la plus grande partie en argent métallique déjà dans les pilules, et que celui-ci est entraîné par les vaisseaux lymphatiques de l'intestin où il s'en dépose un peu, tandis que la plus grande partie entre dans le sang. Suspendu dans le sang, l'argent pénètre dans toutes les parties du corps, traverse les parois des vaisseaux en y laissant des traces et arrive enfin en des points qui se prêtent à un dépôt plus durable. Cette théorie, à ce que dit Riemer, est confirmée par ce

fait, que l'argent est retenu par la densité des membranes propres, et cela est encore prouvé par l'imprégnation des tuniques artérielles, tandis que l'endothélium des capillaires ne contient pas d'argent.

Cette théorie adoptée par bien des auteurs me semble être à rejeter pour les raisons suivantes :

1° Dans les pilules de nitrate d'argent, une partie de l'argent est réduite, mais une autre partie ne se dissocie pas et est transformée en chlorure d'argent.

2° Les plus récentes expériences de Rindfleisch, Donders, Pesewz-mikoff tendent à démontrer que les plus petites particules solides ne peuvent pénétrer par l'épithélium de l'intestin. Ce n'est même pas vraisemblable pour la graisse en substance. Les auteurs qui admettent son absorption directe, supposent que la graisse est divisée en molécules si fines, que leur diamètre n'est pas plus grand que celui d'un pore de l'épithélium par lequel elles doivent entrer. La petitesse de ces molécules ne serait pas à comparer à celle des grains d'argent.

3° Nous avons introduit directement dans l'estomac de plusieurs lapins des grains d'argent métallique, excessivement fins. De trois à six semaines plus tard, les lapins furent tués, et nous ne trouvâmes de grains d'argent ni dans les villosités intestinales, ni dans le sang, ni dans les organes. Huet et Jacobi ont eu des résultats semblables dans leurs expériences faites sur des rats et des lapins.

4° Riemer dit que l'argent métallique résorbé n'entre jamais dans des éléments cellulaires, mais qu'il est déposé dans la substance inter-cellulaire. Nous ne pouvons pas accepter cela. Chez trois lapins nous fîmes une injection de grains d'argent très fins dans la veine jugulaire. Plusieurs semaines plus tard nous fîmes leur autopsie et nous trouvâmes l'argent en très petite quantité dans les cellules lymphatiques, entre les cellules du foie, dans les cellules de la moelle des os et celles de la rate. Les grains d'argent ont le même sort que d'autres petites particules (par exemple le charbon) introduites dans le sang ; elles sont incorporées par les cellules lymphatiques et sont emmenées par celles-ci dans la rate, la moelle des os et le foie, comme l'ont démontré les expériences de Langerhans, V. Recklinghausen et Ponfick.

O. Loew a observé que l'argent se trouve dans l'endothélium qui entoure les glomérules, mais ni dans les membranes de vaisseaux des glomérules, ni dans leur intérieur. L'argent métallique ne peut donc pas pénétrer par les membranes des vaisseaux ; il doit avoir pénétré en forme de solution saline et ensuite avoir été réduit dans les cellules.

Rouget, Charcot, Vulpian, Roszahcsi et Huet, représentants de la théorie chimique, supposent que le nitrate d'argent se transforme déjà dans l'estomac en albuminate ou en chlorure d'argent et qu'il entre sous

cette forme dans le sang. Il se réduit alors dans des régions favorables. Mais personne ne dit comment cette réduction se fait. L'opinion d'après laquelle c'est la lumière qui opère cette réduction est réfutée par la présence des grains d'argent dans les organes internes du corps. D'après Loew, le nitrate d'argent est changé dans l'estomac en chlorure, et celui-ci se transforme en albuminate sous l'influence d'un *excès d'une solution alcaline d'albuminate*; ce dernier est réduit en argent métallique par l'action vitale du protoplasma.

Quant à nos propres expériences, qui concernaient les rapports chimiques d'une solution d'albuminate, de chlorure de sodium et de nitrate d'argent, nous pouvons affirmer que l'argent a une plus grande affinité pour le chlorure que pour le sodium, et nous avons trouvé que l'albuminate d'argent forme avec le chlorure de sodium un double sel soluble.

Aussi je crois, avec Loew, que la réduction se fait par le protoplasma vivant, et je crois qu'on pourrait mieux expliquer tous ces faits par l'hypothèse suivante :

Nous avons trouvé dans nos expériences que l'albuminate d'argent ne reste en solution dans le sang alcalin qu'en présence d'un excès d'albumine. Par conséquent, la réduction de l'argent se fera le plus facilement dans les organes dont les vaisseaux retiennent l'albumine et sécrètent un liquide peu albumineux. C'est ce qui se passe dans les glomérules des reins, dans les plexus choroïdes, dans les membranes des glandes sudoripares et sébacées. Ainsi s'explique encore la réduction de l'argent à la limite des papilles de la peau, d'où sort une lymphe qui contient ici peu d'albumine.

D'après ce qui précède, il semble donc que c'est le chlorure ou l'albuminate d'argent, dont la réduction produit les petits grains.

La lymphe de la peau contient des albuminates alcalins. Pour former le chlorure ou l'albuminate d'argent, il faudrait la présence de l'oxyde d'argent. L'oxydation de l'argent pourrait se faire par l'action de la sueur ou de l'huile des instruments, ou enfin on pourrait recourir à la force oxydante des cellules vivantes, étudiée surtout par l'école de Pflueger. Cependant l'argent est fort peu oxydable, et comme par mes expériences chimiques je ne suis, sur ce point, arrivé à aucun résultat positif, je ne peux soutenir aucune de ces trois théories avec certitude.

Cette question fort intéressante est donc encore loin d'être résolue parfaitement, et la théorie que je viens d'expliquer ne peut être regardée que comme une hypothèse assez vraisemblable.

J'ajoute encore une observation fort remarquable. L'ouvrier en argenterie, qui avait quitté son métier déjà depuis six années, montrait, après

quelques injections sous-cutanées de sublimé, une augmentation de ses taches bleuâtres de 19 à 25. J'ai constaté le même fait sur deux autres ouvriers en argenterie. Chez l'un d'eux j'ai remarqué une tache bleuâtre à la face palmaire de l'index déjà après la troisième injection. Je ne saurais expliquer ce fait, car par les expériences que j'ai faites, j'ai trouvé qu'une solution de sublimé ne peut réduire l'argent, ni à l'état d'une solution d'albuminate d'argent, ni à l'état d'une solution de nitrate d'argent ou d'oxyde d'argent.

RECUEIL DE FAITS.

I

UN CAS DE DERMATOLYSIS GÉNÉRALISÉE.

Par **WILLIAM DUBREUILH,**

Agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Sous le nom de *dermatolysis*, Tilbury Fox désigne tous les cas où la peau, sans présenter manifestement de modification dans sa structure, est cependant trop lâche pour les tissus sous-jacents et retombe en plis. Il réunit sous ce nom les dermato-fibromes formant des tumeurs molles et pendantes mais limitées, et tous les états de flaccidité anormale de la peau à la suite de l'obésité, de la grossesse, etc. L'observation que nous rapportons ci-dessous appartient à ce dernier groupe, mais la laxité de la peau y est consécutive à une anasarque tout à fait passagère et de cause inconnue.

Nous n'avons pu trouver dans les auteurs qu'un seul cas analogue; il a été publié l'année dernière par Rossbach (1), et autant que nous puissions en juger par l'analyse qu'en donnent les *Fortschritte der Medizin*, il est presque identique au nôtre.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans chez qui la peau de la face et du tronc était lâche, flasque et beaucoup trop large pour les parties qu'elle recouvrait, de sorte que son visage avait l'aspect flétri de celui d'un vieillard de 60 ans.

Notre observation a été rédigée d'après les notes que nous avons prises nous-même dans le service de M. Jules Simon, à l'hôpital des Enfants-Malades, où nous avons l'honneur d'être son interne, et nous les avons complétées d'après les notes recueillies par M. Laurand dans le service de M. le Dr Lailler, à Saint-Louis, et que celui-ci a eu la bonté de nous communiquer.

Armandine Schlessier, âgée de 13 ans 1/2, est entrée en août 1883 dans le service de M. Jules Simon, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Elle est la deuxième enfant d'une mère très nerveuse qui a présenté des

(1) ROSSBACH, *Deutsches arch. f. klin medicin*, t. 36.

symptômes d'aliénation mentale après son premier accouchement, et de nouveau à l'époque de la ménopause ; cette fois ils ont été assez sérieux pour nécessiter un séjour de vingt mois à l'hospice Sainte-Anne. Le troisième enfant est mort de méningite. Armandine elle-même n'a jamais présenté de rachitisme, et sauf quelques ganglions au cou elle n'a jamais eu aucune maladie sérieuse ni aucune anomalie des téguments jusqu'au mois de décembre 1880. Elle a un caractère difficile et est sujette à des colères violentes.

En décembre 1880 elle eut de la fièvre pendant trois jours, puis une éruption de larges papules comme des plaques d'urticaire, non prurigineuses, mais suivies d'une ecchymose qui ne s'effaçait que lentement. Cette éruption a duré plusieurs mois, apparaissant par poussées successives. Une semaine environ après le début, l'éruption s'est accompagnée d'un gonflement œdémateux de tout le corps, sans douleur et sans rougeur diffuse. Trois semaines après, elle entra à l'hôpital des Enfants et y resta huit jours pendant lesquels le gonflement a sensiblement diminué, en même temps que la peau commençait à être plus flasque et plus flottante. En avril 1881 elle entra à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Lailler.

Avril 1881. On ne trouve sur le corps de la malade aucune éruption, seulement quelques cicatrices superficielles sur les tempes, les joues et les parties latérales du cou, mais sur une grande partie de la surface cutanée et surtout à la face, la peau est flasque et pendante. Les traits sont effacés, aplatis et rappellent l'aspect d'une paralysie faciale, les lèvres sont distendues, l'orifice buccal abaissé ; à son pourtour il y a comme une patte d'oie formée par des plis qui s'exagèrent à chaque mouvement de physionomie. Sous le menton existe un pli cutané, flasque et ridé, et la peau de la partie antérieure du cou est plissée comme chez les gens d'un âge avancé ; en somme, c'est un véritable masque de vieillard sur le corps d'un enfant.

Cette disposition de la peau est assez marquée à la partie supérieure du thorax où elle est froncée, plissée et par place semble être le siège d'une infiltration œdémateuse. La peau est encore lâche sur les cuisses et aux genoux. Toutefois, la peau ne présente pas d'altération de structure, il n'y a ni épaissement ni induration comme dans l'éléphantiasis et la sclérodémie ; il semble qu'on ait seulement affaire à une peau distendue par l'œdème et depuis restée trop lâche.

Pendant son séjour à Saint-Louis, Armandine présente à la face et aux bras une éruption formée de taches rouges siégeant sur une base indurée, et s'accompagnant d'œdème des paupières, puis une deuxième poussée aux membres inférieurs présentant l'aspect de l'érythème noueux avec quelques vésicules pemphigoides.

En 1883, Armandine présente encore à peu près le même aspect. C'est une fille blonde, non encore réglée, mais qui frappe au premier abord par son apparence sénile due aux rides et aux replis pendants que forme la peau de la partie inférieure du visage.

La peau très souple et très molle est beaucoup trop large pour les parties qu'elle recouvre ; il n'y a pas de traces d'œdème et le pannicule graisseux sous-cutané est fort peu développé, de sorte que la peau flasque et très mobile permet de sentir parfaitement les os et les muscles. Elle est du reste tout à fait normale quant à la couleur, la température, la sensibilité, les sécrétions ; on y distingue de nombreux poils follets. En raison de sa mobilité et de la laxité du tissu cellulaire sous-cutané, la peau forme des plis

dans les parties déclives, et quand on prend un pli, on peut par la traction lui donner des dimensions considérables en attirant la peau de régions assez éloignées. La peau est plus mobile et non pas plus élastique que normalement et les plis sont minces, souples, et peuvent être formés aussi bien en un point qu'en un autre, ce qui les distingue des grands plis flottants des dermatofibromes.

A la face on observe de grands plis cutanés autour de la mâchoire inférieure et du menton qui donnent à la physionomie un aspect de vieillesse décrépite et qui, en attirant en bas les paupières inférieures, ont produit de l'ectropion surtout à gauche où le point lacrymal est tout à fait renversé. Autour du cou, sur la poitrine et sur le ventre, la peau paraît n'avoir aucune adhérence aux tissus sous-jacents, sa laxité et sa mobilité sont extraordinaires, les seins sont peu développés et représentés par de simples replis cutanés. Aux bras et aux cuisses la peau est également flasque et surabondante; en cette dernière région elle est doublée d'un peu de graisse molle; la laxité de la peau diminue vers les extrémités des membres où elle redevient normale.

DEUX OBSERVATIONS DE DERMATITE HERPÉTIFORME « TYPE »,

Par **Louis DUHRING**,

Professeur de dermatologie à l'Université de Pensylvanie.
(*New York med. journal*, 9 avril 1887, p. 404.)

Traduction par M. le Dr **P. Portallier**.

La dermatite herpétiforme, dit l'auteur, est un sujet d'étude nouveau pour lequel les dermatologistes ont encore beaucoup à faire. Il convient donc actuellement de rapporter l'histoire détaillée de tous les cas de cette remarquable affection qui peuvent se présenter à notre examen et de contribuer ainsi à augmenter et à fixer nos connaissances relatives à cette variété dermatite.

Tel est le sentiment auquel obéit M. Duhring en publiant les deux observations suivantes :

OBSERVATION I (recueillie en juin 1880). — Homme de 22 ans, mineur, garçon robuste et bien portant, à part l'affection cutanée pour laquelle il est adressé à M. Duhring. Cette affection a débuté, sans cause connue, deux ans auparavant, par une éruption générale de vésicules et de bulles de dimensions variées. De violentes démangeaisons accompagnèrent cette poussée éruptive, dont les éléments, au dire du malade, se groupaient parfois de façon à représenter des anneaux plus ou moins complets, affectaient d'autres fois une disposition concentrique, formaient de petits bouquets dans d'autres occasions, ou bien étaient simplement disséminés. Il y a un an, la surface totale du corps, à l'exception des mains et des pieds, fut envahie par cette éruption, composée de vésicules, de bulles et d'un nombre plus restreint de pustules. Il subsiste toujours une certaine pigmentation sur les divers points de la peau qu'ont occupés les éléments éruptifs ; cette pigmentation est même assez accentuée pour constituer un important symptôme dans le cas où l'éruption a été intense. L'automne dernier, c'est-à-dire il y a huit mois, apparurent des vésicules disposées pour la première fois en forme d'anneaux imparfaits. Cette même disposition se retrouva dans une éruption semblable qui se développa quatre ou cinq mois plus tard. Ces vésicules se recouvrirent de croûtes renfermant un liquide purulent, et ces croûtes, en tombant, laissèrent à découvert une surface excoriée. Bien que le malade eût perdu trente-cinq livres de son poids pendant la première année de son affection, sa santé générale n'en continuait pas moins à être bonne. Cependant, à certains intervalles, il se sentit affaibli et demeura même alité. Depuis trois mois, il regagne le

poids qu'il a perdu, et, malgré la forte poussée éruptive actuelle, il trouve que sa santé générale est meilleure qu'elle ne l'a été depuis longtemps.

Il y a dix jours, une large pustule apparut sur l'un de ses genoux et s'accompagna d'inflammation érysipélateuse avec perte d'appétit et diarrhée.

Il y a quatre ou cinq jours, une nouvelle série d'éléments éruptifs, qu'on peut aujourd'hui compter par milliers, a commencé à se montrer sur toute la surface du corps de ce jeune homme. Aucune région n'en est exempte, bien que les lésions occupent de préférence le cou, la poitrine, le dos et l'abdomen. Ce sont des vésicules, des bulles et des pustules, les premières étant en nombre prédominant, qui sont tout ensemble disséminées et réunies en petits bouquets dont chacun se compose de deux, de trois, de quatre d'entre elles. Ces éléments offrent toutes les dimensions et affectent toutes les formes. Ils sont pour la plupart irréguliers, à contours anguleux. Les vésicules les plus récentes ont le volume d'une tête d'épingle, sont plates, difficiles à distinguer, à ce point que beaucoup échapperaient à l'examen si l'on ne les recherchait à l'aide de l'éclairage oblique. Elles présentent une couleur jaunâtre pâle, sont fortement distendues, ont l'aspect brillant et offrent un caractère nettement herpétique. Quelques-unes sont anguleuses et carrées, tandis que d'autres ont la forme d'étoiles. Les plus grandes et les plus anciennes vésicules tendent à perdre leurs traits caractéristiques : ainsi l'enveloppe en devient souvent flasque, le contenu s'en trouble et elles s'entourent d'une aréole inflammatoire plus ou moins marquée, comme cela s'observe dans les lésions de l'herpès zoster. Les bulles varient de grosseur ; quelques-unes ont le volume d'une noisette. Les pustules sont de couleur jaunâtre ou blanchâtre et de la dimension d'une tête d'épingle ou d'un pois ; elles sont en général entourées d'une aréole inflammatoire. Les parties de la peau qui furent le siège des lésions les plus anciennes se présentent sous l'aspect de taches luisantes, rougeâtre sombre et violacées, en même temps que sous celui de vésicules plus nettement pigmentées, d'une teinte rougeâtre foncé ou jaunâtre sale. Les ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux sont tous engorgés, et le malade déclare qu'il en est toujours ainsi lorsque l'éruption est confluente. Celle-ci a envahi à la fois le côté de la flexion et le côté de l'extension des membres, et certaines régions qu'épargnent souvent les éruptions généralisées, régions telles que les paupières, le cuir chevelu, les oreilles et le cou, sont occupées, chez ce jeune homme, par des vésicules et par de petites bulles. La distribution des éléments éruptifs est irrégulière, sans uniformité. Sur beaucoup de points ceux-ci sont réunis en petits bouquets. Deux, trois éléments, un plus grand nombre quelquefois, composent chacun de ces groupes. Un caractère remarquable de l'éruption est l'entremêlement des vésicules, des bulles et des pustules, irrégulièrement réparties. On voit ainsi des pustules blanchâtres, supportées par une base inflammatoire, immédiatement à côté de vésicules et de bulles à contenu séreux, citrin. Le symptôme le plus pénible est le prurit. Bien que variable comme intensité, le prurit est constant, d'ordinaire violent ; il s'exaspère au moment de chaque poussée nouvelle.

M. Duhring revit ce jeune homme deux semaines après l'époque où les notes précédentes eurent été recueillies. L'affection était alors en voie de décroissance. Les vésicules et les bulles étaient plus affaissées, flasques en maints endroits, ou déchirées par les ongles. On remarquait sur la peau un grand nombre d'excoriations, les unes produites par le grattage, les autres reconnaissant pour cause la marche naturelle du processus lui-même. On eût

dit, en certains points, des plaques de brûlure superficielle. Il semblait à ce moment que ce fussent là des lésions de pemphigus foliacé, un grand nombre de bulles étant déchirées, les unes avec les lambeaux de leurs parois adhérents à la peau sous-jacente, les autres avec ces mêmes lambeaux pendants. Si l'on avait vu le malade seulement pour la première fois à cette époque, plus d'un clinicien eût porté le diagnostic de pemphigus foliacé. Il existait encore une tendance marquée de la part des quelques vésicules qui subsistaient à se réunir en groupes, mais nulle part on ne retrouvait de disposition concentrique. M. Duhring ne saurait dire quels furent dans ce cas les résultats du traitement, car il perdit de vue le malade avant qu'un changement fût survenu dans l'état qui vient d'être décrit. Il n'est d'autre part fait aucune allusion au traitement auquel on eut recours.

OBSERVATION II. — Femme de 35 ans, non mariée, professeur de musique. C'est une femme brune, nerveuse, et dont le système nerveux a été ébranlé par des excès de travail. Le début de son affection remonte à quatre ou cinq mois. Pendant les deux mois qui viennent de s'écouler, les poussées éruptives ont été à ce point violentes et étendues qu'elles ont forcé la malade à garder la chambre et parfois même le lit. Ce qui caractérise l'éruption actuelle (de même que ce qui a caractérisé les précédentes), c'est tout à la fois une inflammation érythémateuse considérable (érythème se montrant par plaques mal limitées) et une production de vésicules et de bulles. L'affection fut considérée par les nombreux médecins qui furent appelés à l'examiner comme une forme « d'érythème vésicant » ou de « pemphigus prurigineux ». Elle tourmente beaucoup la malade par le prurit dont elle s'accompagne, et jusqu'à présent elle a été rebelle à tous les traitements.

Voici comment se présente l'éruption : Sur la surface générale du corps on aperçoit çà et là des plaques larges ou petites, rougeâtres, pigmentées, érythémateuses, généralement confluentes, à contours mal définis, et sur certaines desquelles il existe soit des vésicules franchement développées, soit des vésicules naissantes. En dehors de ces plaques, on trouve d'autres vésicules, discrètes ou confluentes, ainsi que des bulles. Dans certaines régions, telles que le cou, la face et les extrémités, les vésicules se montrent confluentes, disséminées ou réunies en groupes ; les unes sont plates, de niveau avec la peau environnante, tandis que les autres font plus ou moins saillie. Isolées, elles ne sont généralement entourées d'aucune rougeur ; elles offrent, au cou et sur le dos en particulier, où le nombre en est très grand, le volume d'une pointe ou d'une tête d'épingle, sont plates, fortement distendues, brillantes, de couleur jaunâtre pâle, de contours irréguliers ou anguleux. On rencontre par-ci par-là, des bulles, les unes aplaties, d'autres formant une saillie notable, distendues qu'elles sont par le liquide qu'elles enferment, d'autres flasques. Ces bulles ont des dimensions variables. Il est de règle qu'elles ne soient pas entourées d'une aréole inflammatoire. Quand les vésicules sont réunies en bouquets, composés de deux, de trois ou d'un plus grand nombre d'éléments, on observe habituellement une zone d'inflammation à l'entour de chacun de ces groupes, et le tableau de l'éruption est absolument celui de l'herpès simple.

La nature herpétique du processus morbide tout entier est, d'ailleurs, dans ce cas, des plus manifestes, et constitue un signe différentiel caractéristique entre cette affection et l'eczéma. D'autre part, l'une des raisons qui empêchent de confondre cette même affection avec l'érythème multiforme est que

la plupart des vésicules ne sont pas entourées d'une aréole inflammatoire. Rappelons la vive sensation de brûlure et le violent prurit, avec des exacerbations marquées, que cette femme éprouve, depuis le premier jour, au niveau de toutes les parties qu'atteint l'éruption. Celle-ci procède toujours par poussées qui se suivent d'ordinaire à peu de semaines d'intervalle, de telle sorte que la surface générale du corps est d'une façon constante le siège d'efflorescences aiguës et subaiguës. Il existe finalement de la pigmentation sur les points qu'ont occupés les divers éléments éruptifs antérieurs. Il existe de même des excoriations, mais point de croûtes.

L'arsenic à hautes doses (près de 4 grammes par jour de liqueur de Fowler ?) avaient été, à plusieurs reprises, administrés à la malade, avant qu'elle n'eût été soumise à l'observation de M. Duhring) semble avoir agi efficacement sur les bulles, mais il n'a pas guéri l'affection. En ce qui concerne le traitement local, cette femme retira du soulagement des lotions alcalines ainsi que des lotions de goudron et d'acide phénique.

J'ai vu maintes fois cette malade pendant le séjour d'un mois qu'elle fit à Philadelphie, ajoute M. Duhring. De nouvelles lésions, semblables à celles qui viennent d'être décrites, se formaient de jour en jour, tandis que les plus anciennes disparaissaient, laissant à leur suite de légères croûtes et une pigmentation variable. A plusieurs reprises, il y eut des exacerbations prononcées. On ne pouvait observer aucun ordre dans le développement naturel des lésions (plaques érythémateuses, vésicules, bulles). Ce caractère d'éruption mixte fut même l'un des plus remarquables de cette éruption.

Tous les médicaments qui peuvent remonter le système nerveux et améliorer l'état des voies digestives furent employés comme traitement interne : laxatifs salins, alcalins, quinquina et autres toniques généraux. Comme traitement local, on eut recours aux préparations employées contre l'eczéma vésiculeux subaigu. Ce fut la « liquor picis alkalinus » diluée qui sembla procurer le plus de soulagement. En résumé, dit M. Duhring en terminant, l'état général s'améliora et les accidents cutanés s'atténuèrent pendant le temps que cette femme demeura soumise à mon observation. Je ne sais depuis lors ce qu'est devenue son affection.

III

ALTÉRATIONS DENTAIRES DUES A LA SCROFULO-TUBERCULOSE ET REPRODUISANT LE TYPE DES DENTS RÉPUTÉES SYPHILITIKES,

Par **H. Vaquez**, interne des hôpitaux.

(Service de M. le professeur **FOURNIER**.)

Depuis que le professeur Fournier a étudié, dans son *Traité de la syphilis héréditaire tardive*, la pathogénie des lésions dentaires, cette question semble avoir été résolue.

En effet, après l'apparition des beaux travaux d'Hutchinson, puis de Parrot, sur l'influence exercée par la syphilis sur le développement de l'organisme et en particulier sur l'évolution du système dentaire, deux opinions contradictoires se trouvaient soutenues dans le monde médical.

Certains, avec le Dr Magitot, rattachaient exclusivement ces lésions à l'éclampsie infantile, et leur refusaient toute relation avec la syphilis. D'autres tenaient pour l'opinion exclusive d'Hutchinson (Parrot). Une troisième opinion, défendue par notre maître, devait prendre le pas sur ces deux théories, et avec M. Fournier il faut désormais, nous semble-t-il, admettre que les lésions du système dentaire, à l'égal du rachitisme, reconnaissent une pathogénie multiple.

Tout d'abord, l'influence nocive de l'éclampsie infantile sur le développement du système dentaire n'est qu'exceptionnellement suffisante pour déterminer à elle seule les altérations que peut présenter celui-ci.

Le plus souvent, presque constamment, dit M. le professeur Fournier, il faut un trouble préalable de *nutrition*, celui-ci d'ordre général, pour déterminer les lésions dentaires.

En second lieu, il faut reconnaître que si la syphilis peut très fréquemment produire, par elle-même et de toutes pièces, cette violation de la nutrition, d'autres affections le peuvent également.

Les observations que nous allons rapporter viennent corroborer d'une manière indiscutable la théorie défendue par notre éminent maître. Ces observations portent sur toute une famille dans laquelle parents et enfants ont été examinés par nous. Les lésions du système dentaire étaient au maximum sur deux des enfants de cette famille, et la syphilis héréditaire, après avoir été recherchée avec le plus grand soin, a dû, en

fin de compte, être rejetée. La scrofulo-tuberculose nous a, dans ces cas, paru devoir être seule incriminée. Il est vrai qu'elle se présentait à nous d'une façon indubitable, sur le second sujet notamment.

Voici ces observations :

S..., âgée de 18 ans, couturière, entrée le 23 mai 1887, Salle Henri IV, lit n° 10.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade étant jeune; pas d'antécédents de gourme, ni d'écoulements d'oreilles. La malade aurait eu seulement, vers cinq ou six ans, un mal d'yeux de durée indéterminée, et qui n'a, en tout cas, laissé aucune trace. Rien autre.

A 16 ans, elle se marie, accouche un an après, le 4 mai 1886, d'un enfant bien conformé, qui meurt à 8 mois et demi et très rapidement. La malade a eu des couches faciles; les douleurs n'ont duré que vingt heures en tout; l'enfant était petit, (4 livres et demie); mais les suites de couches ont été douloureuses, et la malade se plaint encore de souffrir dans le ventre, depuis lors.

Il y a quinze jours, elle s'aperçoit d'une écorchure siégeant à la grande lèvre droite, près de la commissure supérieure, non douloureuse et s'accompagnant bientôt après de grosseur dans l'aine. Elle vient nous consulter pour cette ulcération. Celle-ci correspond point pour point à la description classique du chancre induré, avec pléiade de Ricord. Les symptômes généraux sont peu accentués; ils consistent en céphalée à exacerbations vespérales, sans amaigrissement. Pas de perte de cheveux.

L'examen complet du corps montre : Taille : 1^m,48.

Surface cutanée. — Aucune cicatrice suspecte.

Il n'existe que deux cicatrices banales au niveau du genou droit, et une autre à gauche résultant d'une chute.

Squelette. — Pas de déformation de squelette. La malade a marché de bonne heure. Les os ne sont nullement déformés, et on ne trouve nulle part de troubles appréciables. Pas de rétrécissement du bassin.

Bouche. — Pas de cicatrices. Rien au voile, ni sur le pharynx.

Dents. — Présentent les altérations les plus intéressantes.

La malade ne peut nous dire quand ses dents ont poussé.

En tout cas, dans son aspect général, la denture, quoique régulièrement plantée, est petite, surtout pour la mâchoire supérieure. Dans cette dernière, les altérations portent surtout sur les grosses molaires, et principalement sur celle de gauche. Aucune des dents de sagesse n'est encore poussée.

La mâchoire supérieure compte, à droite, six dents: une incisive, une canine, deux petites molaires, deux grosses molaires; la deuxième incisive manque. À gauche il y a six dents également: deux incisives, une canine, une petite molaire (la seconde est tombée seule il y a un an), deux grosses molaires.

Les incisives présentent les altérations suivantes:

Incisives médianes supérieures. Corps de la dent. — Sur la partie médiane, sillon transversal profond, n'entourant pas la dent complètement, mais se retrouvant en arrière, irrégulièrement, sous forme d'érosion que séparent des parties saines.

Les bords externes de ces mêmes incisives présentent en plus des érosions plus étendues en hauteur, sous forme de cupule, et situées au niveau du sillon transversal que nous avons signalé.

Tout à fait à leur partie supérieure, les mêmes incisives présentent un autre sillon transversal plus court et plus superficiel.

Le bord libre présente l'échancrure caractéristique en demi-lune, dite *échancrure d'Hutchinson*; cette échancrure est faite aux dépens du bord antérieur taillé en biseau, mais ses angles ne sont pas arrondis.

Incisives médianes inférieures. — Les incisives médianes inférieures présentent un sillon profond, noirâtre, transversal et complet, tout près du bord libre de la dent. Ce bord libre n'est le siège d'aucune altération.

Incisives latérales. — En haut et à droite, l'incisive latérale fait défaut.

A gauche, l'incisive latérale est absolument modifiée, elle est petite, effilée, sans sillon, en forme de « dent de poisson ». *En bas*, les incisives latérales ne présentent qu'un sillon transversal noirâtre, analogue à celui que l'on trouve sur les incisives médianes. Ce sillon se trouve tout près du bord libre.

Canines supérieures. — *A gauche*, la canine semble contournée en pas de vis et s'atrophie au niveau de son bord libre; un sillon sépare l'extrémité du corps de la dent, dans lequel elle semble comme enchâssée.

A droite, la même altération se retrouve, mais moins nette; c'est plutôt sur le corps de la dent que se retrouvent les lésions. On y voit des échancrures peu profondes, en facettes, donnant à peu près l'idée d'une dent taillée à plusieurs pans.

Canines inférieures. — Sillon analogue à celui des incisives, moins régulier, peu marqué en dedans, mais s'enfonçant plus profondément en dehors pour former une sorte d'échancrure en capule profonde.

Petites molaires. — Rien d'anormal. La petite molaire du côté gauche manque en haut.

Grosses molaires. — Rien d'anormal sur les deuxièmes grosses molaires.

A gauche, la première grosse molaire présente les altérations caractéristiques de l'atrophie cuspidienne.

Le corps de la dent n'est le siège d'aucune altération; mais, en lui-même, il est petit, peu développé. A son extrémité inférieure, il présente un sillon profond, duquel émerge l'extrémité libre atrophiée, qui semble enchâssée dans le corps de la dent. Cette extrémité libre est irrégulière, hérissée d'éminences rugueuses de coloration jaunâtre sale, avec anfractuosités et dépressions intermédiaires.

A gauche et en bas, mêmes lésions, moins accentuées.

A droite et en haut, lésions d'atrophie cuspidienne; *en bas*, rien d'anormal.

Enquête sur la famille. — *Le père et la mère* présentent l'apparence d'une bonne santé. *Le père* affirme n'avoir jamais eu la syphilis, on ne trouve sur lui, non plus que dans ses antécédents, aucune trace de cette affection. Il n'est ni épileptique ni alcoolique. *La mère* a toujours été bien portante; pas de maladie ni de troubles antérieurs à la naissance des enfants. Chez l'un et chez l'autre il n'existe aucune altération dentaire. Rien du côté de la poitrine.

La première fille est notre malade.

La deuxième fille est âgée de 15 ans. Elle est née à la suite du siège de Paris, pendant lequel ses parents ont beaucoup souffert de privations. Cet enfant a eu une jeunesse malade; elle a marché fort tard, à quatre ans; ses dents ont poussé vers le même âge; pendant toute son enfance, elle a eu des « gourmes », des glandes au cou; elle a été plusieurs fois soignée pour de l'eczéma? De plus, maux d'yeux fréquents et persistants, engelures faciles, bronchites, etc. Aujourd'hui elle présente tous les attributs de la scrofule.

Infantilisme. — Cette enfant, qui a seize ans, n'en paraît pas plus de dix ; angle facial prononcé, menton et partie inférieure de la face proéminents. Sur le corps pas de trace de rachitisme. A la joue droite, lupus érythémateux, datant de l'enfance et n'ayant jamais été soigné. Sur le reste du corps aucune cicatrice suspecte ; aucune altération du squelette.

Yeux. — Taie de kératite superficielle, d'origine probablement scrofuleuse, à droite.

Dents. Incisives médianes supérieures. — Sillon complet près du bord libre ; bord libre sans échancrure et seulement aminci aux dépens de la face antérieure.

Incisives médianes inférieures. — Rien d'anormal.

Incisives latérales supérieures. — Amorphisme complet ; les deux incisives sont mal plantées ; elles présentent l'une et l'autre l'aspect de corne ou de « dents de poisson », à extrémité pointue tournée en dehors.

Il est à remarquer qu'elle possède les deux incisives latérales ; chez sa sœur l'incisive latérale droite fait défaut.

Incisives latérales inférieures. — Rien d'anormal.

Canines. — Mêmes altérations que chez la sœur aînée. Sur le corps de la dent, facettes irrégulières ; l'extrémité libre est petite, enchassée dans le corps de la dent dont elle est séparée par un sillon profond.

Ces altérations ne portent que sur les dents supérieures.

Petites molaires. — Saines.

Grosses molaires. — Les premières grosses molaires présentent les altérations dites en atrophie cuspidienne, notamment en haut et à droite.

Cinq enfants viennent à la suite ; nous les avons tous vus ; aucun ne présente d'altération ou de lésions quelconques rappelant la syphilis. Ces enfants n'ont pas de modifications appréciables dans le système dentaire. Ils ne sont pas non plus rachitiques.

Nous ferons une dernière remarque :

Le troisième enfant, celui qui venait après les deux filles dont nous avons rapporté les observations, a seul présenté des attaques répétées de convulsions.

Or, il n'avait aucune lésion dentaire.

Ainsi donc, et pour terminer, nous dirons avec M. le professeur Fournier :

1° Les lésions dentaires « caractéristiques » décrites par les auteurs, et notamment par Hutchinson, ne sont que des lésions banales ;

2° La cause qui les produit est d'ordre général et résulte d'une atteinte grave portée au développement de l'organisme ;

3° Cette cause résulte très souvent des troubles apportés par la syphilis héréditaire ; mais il est également fréquent de voir la *scrofulo-tuberculose* les produire, que celle-ci, d'ailleurs, se manifeste ou non par d'autres symptômes concomitants nettement appréciables.

IV

HÉMIPLÉGIE CHEZ UNE ENFANT HÉRÉDO-SYPHILITIQUE AGÉE DE CINQ MOIS. — GUÉRISON PAR LE TRAITEMENT ANTI-SYPHILITIQUE,

Par le Dr A.-B. MARFAN.

L'observation qui suit nous a paru digne d'être publiée pour deux raisons : la première c'est qu'elle a trait à une complication assez rare de la syphilis héréditaire du premier âge : la seconde réside dans la simplicité et la netteté des faits qui se sont déroulés sous nos yeux et dont l'origine nous semble aujourd'hui indiscutable.

I. Histoire préalable du père, de la mère, et du frère du sujet. — M. X..., le père de l'enfant est tailleur : il est âgé d'environ 35 ans, il est marié depuis trois ans. Six mois avant son mariage, il avait eu un chancre à la verge. M. X... était en ce moment à Bordeaux : il se rendit à la consultation de l'hôpital Saint-André où on lui dit que son chancre était syphilitique et où on lui prescrivit des pilules mercurielles. Avant que son chancre fut guéri, il présenta une éruption papuleuse discrète et des fissures au niveau des commissures labiales. Il continua à prendre des pilules : le chancre et l'éruption disparurent. Mais la langue se couvrit de plaques muqueuses que M. X... se mit à cautériser énergiquement avec un crayon de nitrate d'argent qu'il portait toujours sur lui. Au bout de six mois, M. X... était blanchi et il crut pouvoir se marier.

Après 3 ou 4 mois de mariage, M^{me} X... présenta à la lèvre inférieure une ulcération sur la nature de laquelle le mari était parfaitement fixé. C'était un chancre induré. M. X... ne voulant pas que sa femme se doutât de la nature de son mal, lui administra de son propre chef de l'iodure de potassium. M^{me} X... était enceinte : c'est probablement à ce traitement qu'elle a dû de mener à terme cette première grossesse. Au bout de 9 mois, elle mit au monde un garçon qui était sain d'apparence. Mais un mois après, cet enfant présenta des ulcérations des fesses et des membres inférieurs. Un médecin fut alors consulté : il conseilla à la mère qui allaitait son enfant de prendre de l'iodure de potassium à des doses assez élevées. L'enfant guérit et n'a, dit-on, jamais présenté d'autres boutons. Les cicatrices qu'on constate actuellement ne laissent aucun doute sur la nature des ulcérations auxquelles elles ont succédé.

Le père a toujours quelques plaques muqueuses de la langue. La mère après avoir eu de temps à autre quelques poussées de papules syphilitiques, présente actuellement des fissures rebelles aux commissures labiales.

II. Histoire du sujet de l'observation. — La petite fille qui fait le sujet de

cette observation est le second enfant de M. et M^{me} X.... Elle est née en janvier 1887, environ trois ans après le mariage. C'est le 8 mai 1887 que nous l'avons visitée pour la première fois et voici ce qui nous fut raconté.

Le 1^{er} mai, la petite, jusque là très bien portante, n'ayant jamais présenté de lésion tégumentaire, tomba d'une hauteur de 50 centimètres environ : elle ne pleura pas et comme elle était emmaillotée, on pensa qu'elle n'avait eu aucun mal : Néanmoins on la déshabilla, on l'examina et on constata que tous ses membres se remuaient spontanément. Mais comme la mère avait été un peu impressionnée par cette chute, à partir de ce jour, elle chercha avec soin si l'enfant ne présentait rien d'anormal dans les mouvements, et le 3 mai, elle s'aperçut que lorsque la petite fille était nue sur un lit, elle ne remuait plus le membre inférieur gauche : elle châtouilla et excita ce membre, mais il restait inerte. Le lendemain, elle s'aperçut que le membre supérieur du même côté était à peu près sans mouvement spontané et elle remarqua, que lorsque l'enfant pleurait, elle grimaçait, elle « tournait la figure. »

L'enfant ne paraissait éprouver aucune souffrance et elle tétait très bien.

Lorsque le petit sujet fut soumis à notre observation, on pouvait constater les troubles suivants. Le membre inférieur gauche est à peu près inerte : il n'y a pas cependant abolition complète du mouvement ; il serait plus juste de dire qu'il y a parésie, plutôt que paralysie : car le membre se maintient dans la position qu'on lui donne : Mais il n'a aucune tendance à revenir à la position primitive. Lorsqu'on saisit l'enfant, en plaçant les deux mains sous les aisselles, on remarque que, tandis que la jambe droite est animée de mouvements très actifs, la jambe gauche reste immobile. Le membre supérieur gauche offre un tableau identique : le bras gauche est inerte, immobile et le contraste est frappant avec le bras droit qui s'agit vivement. Si on présente son doigt à l'enfant, la main droite le saisit et le serre : la main gauche au contraire reste sans mouvement. Pendant notre exploration, l'enfant s'étant mis à pleurer, nous avons constaté une déviation très nette de la face vers la droite. Ajoutons que l'orbiculaire est intact et que les pupilles, dilatées toutes les deux, ne présentent pas d'inégalité. La miction et la défécation s'exécutent normalement. Les parties paralysées ne présentent aucun degré de contraction. La sensibilité est intacte : les pleurs de l'enfant, lorsqu'on le piquait, nous en ont donné la certitude. La santé générale est excellente. Nous prescrivons le traitement suivant : frictions avec un gramme d'onguent napolitain, faites dans la région axillaire (un jour d'un côté, un jour de l'autre). Nous ordonnons à la mère qui allaite l'enfant, 2 grammes d'iode de potassium tous les jours. L'enfant supporte très bien le traitement. Au bout de 8 jours, l'amélioration est déjà manifeste : les mouvements sont en partie revenus : quinze jours après, il est impossible de constater une différence entre les mouvements du côté droit et ceux du côté gauche. Le traitement est cessé et l'enfant est tenu en observation.

Si nous avons pu avoir quelques doutes sur l'hérédosyphilis de la petite fille, ces doutes auraient disparu un mois après. Le 22 juin en effet, l'enfant nous est amenée et nous constatons des papules humides, suintantes, excoriées, grandes et rondes comme des pièces de cinquante centimes, au niveau de tous les plis du membre inférieur, au pli du jarret, au pli fessier, au pli genito-crural.

Reflexions. — Le diagnostic d'hémiplégie d'origine cérébrale nous paraît indiscutable : il est à peine besoin d'insister sur ce fait. La

pseudo-paralysie syphilitique de Parrot devait être écartée d'emblée : l'impotence frappait la face, le membre supérieur, le membre inférieur du côté gauche, et l'exploration des régions épiphysaires de l'humérus était totalement négative.

Cette hémiplégie était-elle liée à l'hérédo-syphilis ? Au début, nous ne pouvions avoir sur ce point de certitude absolue : la syphilis indéniable du père et de la mère, l'infection héréditaire certaine du frère aîné, nous portaient à répondre par l'affirmative : mais l'absence des lésions tégumentaires et de tout autre indice de l'hérédo-syphilis, l'état de parfaite santé de l'enfant, la rareté de l'hémiplégie spécifique chez le nouveau-né nous laissaient dans le doute. Nos hésitations disparurent en partie en présence de l'efficacité du traitement : elles s'effacèrent totalement lorsque, ultérieurement, nous eûmes constaté des lésions cutanées dont l'origine n'était pas contestable.

A quelle lésion peut-on rapporter les phénomènes paralytiques constatés ? L'absence de convulsions et de contractures fait écarter toute idée de lésion phlegmasique des méninges et de l'écorce cérébrale. Nous ne pensons pas non plus qu'on puisse accuser une lésion de la table interne des os du crâne : il nous semble qu'une pareille altération se serait accompagnée de réactions douloureuses : or, l'enfant n'a certainement pas souffert : pendant l'évolution de l'hémiplégie, elle n'a pas pleuré plus que d'habitude : elle est même restée assez gaie. Une seule hypothèse rend compte de toutes les particularités cliniques : c'est celle d'une lésion artérielle qui aurait amené, non pas une oblitération complète, mais un certain degré d'ischémie cérébrale : ainsi s'expliquaient l'absence de contracture, le caractère incomplet de la paralysie, et même la rapidité de la guérison.

NOTE SUR UN CAS DE SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE,

Par le Dr DE LAVARENNE (de Luchon).

Observation. — M^{lle} X..., 20 ans 1/2.*Antécédents héréditaires.* — Père syphilitique — était à peine guéri d'accidents secondaires lors de son mariage (aveu du père à la suite d'enquête).

Mère bien portante; n'a jamais eu d'accidents spécifiques.

Sœur âgée de 18 ans. Robuste, bonne santé habituelle.

Antécédents personnels. — A l'âge de 3 mois, la malade fut atteinte d'une éruption de « clous » (expression de la mère) sur toute la surface du corps et particulièrement aux mains. L'enfant était confiée à une nourrice, qui ne voulut pas la conserver et menaça même la famille d'un procès, « disant que l'enfant aurait pu lui communiquer une maladie grave. » Le médecin appelé ordonna du sirop de Raifort iodé; en 10 à 12 jours, guérison.

Vers l'âge de 4 ans, apparaît une petite tache blanchâtre sur l'œil droit, qui disparaît en un mois à la suite d'un traitement institué par le Dr Siehel : compresses de camomille chaudes, eau de noyer, atropine, huile de foie de morue, sirop antiscorbutique.

Les règles surviennent à 13 ans, sans apporter le moindre trouble de la santé.

Jusqu'à l'âge de 17 ans, l'enfant se porte très bien; son développement physique et intellectuel s'effectue dans les meilleures conditions.

En mai 1883 (17 ans 1/2), la mère s'aperçoit que l'œil droit de sa fille est un peu « trouble et rouge. » Ces phénomènes survenus sans la moindre douleur, ne disparaissant pas, elle la conduit au Dr Meyer, qui diagnostique : kérato-conjonctivite parenchymateuse; ordonne le traitement spécifique et des instillations d'atropine dans l'œil.

Deux mois ensuite (fin juin), le chef de clinique du Dr Meyer constate un gonflement du corps thyroïde passé jusqu'alors inaperçu, pour lequel le Dr Peyrot est consulté. Celui-ci constate en même temps des troubles du côté de l'innervation survenus depuis peu de jours, consistant en vertiges, incertitude de la marche, faiblesse musculaire dans les membres inférieurs, troubles trophiques se traduisant par une pseudo-hypertrophie légère du membre inférieur gauche.

« L'origine spécifique de ces lésions ne me paraissant point douteuse, il est nécessaire d'insister sur le traitement spécial qui a été prescrit. Je serais d'avis, en raison des troubles constatés du côté du système nerveux central, d'agir fortement et rapidement dans ce sens, et puisque la saison est favorable, je souhaiterais de voir combiner avec le traitement spécifique, une cure thermique dans une station à eaux sulfureuses, comme Luchon. » (Dr Peyrot, 3 juillet 1883.)

La malade arrive à Luchon le 12 juillet 1883, après interruption depuis huit jours du traitement spécifique.

Je constate à l'arrivée :

— Développement physique normal. Rien de particulier dans les attributs extérieurs relatifs à la constitution et au tempérament. Vivacité intellectuelle.

— Régularité des fonctions digestives. Aucun trouble de la menstruation.

— Absence de cicatrices ou taches de Parrot à la surface du corps.

— Gonflement du corps thyroïde.

— Pseudo-hypertrophie du membre inférieur gauche.

— Dents courtes, séparées assez largement sans qu'il y ait à proprement parler microdontisme. Incisives supérieures avec légers sillons transversaux. Premières molaires aplaties.

— La cornée droite est opalescente avec deux taches plus accentuées au milieu ; nombreuses arborisations vasculaires. Vision impossible. Photophobie. La cornée gauche est légèrement trouble, légère réaction inflammatoire. Vision encore assez distincte quoique un peu obscurcie.

— Troubles de la motilité déterminés par une faiblesse musculaire des membres inférieurs qui plient sous le poids du corps ; pour monter un escalier, il faut soutenir la malade sous chaque bras. Sur un terrain plan, la marche est possible, la malade écartant les jambes pour mieux prendre son point d'appui, mais avec grande hésitation.

Oscillations du corps lorsque les yeux sont fermés. Impossibilité absolue de la marche dans ces conditions.

Conservation des réflexes.

Vertiges : à certains moments, il semble à la malade que tout tourne autour d'elle, elle est obligée de s'accrocher aux meubles. Ces vertiges, qui se renouvellent presque chaque jour, ont été quelquefois suivis de nausées.

Le traitement par les eaux minérales intra et extra (bains, douches) allié aux frictions mercurielles et à l'iodure de potassium à hautes doses est institué pendant 35 jours. A partir du dixième jour, une détente se produit dans tous les phénomènes.

Etat au départ :

— Plus de gonflement du corps thyroïde.

— Le membre inférieur gauche est revenu à son volume normal.

— Les vertiges ne se sont plus renouvelés depuis 15 jours.

— La malade peut marcher comme tout le monde, faire de longues courses, courir même, peut monter d'elle-même sans aide, sur une chaise élevée et s'y maintenir les yeux fermés.

— L'œil gauche est normal. — L'œil droit présente une taie de la grosseur d'une grosse tête d'épingle, entourée d'une zone opalescente décroissante.

Je recommande de reprendre pendant un mois le traitement mixte, trois semaines après le départ de Luchon.

La guérison semblait complète, lorsque dans le courant de février 1884, la malade est atteinte de surdité double, survenant sans phénomènes douloureux. Celle-ci, d'abord légère, s'accroît de jour en jour.

En avril survient une nouvelle poussée de kératite parenchymateuse sur l'œil gauche.

Le traitement mixte amène une grande amélioration de l'œil, mais reste sans action sur la surdité, qui continue à s'accroître.

Arrivée à Luchon le 2 juillet 1884. — Je constate à l'arrivée :

— Etat général : bon.

— Moins de vivacité intellectuelle, les réponses sont un peu lentes, la malade est en proie à une grande tristesse; pleure facilement, le plus souvent sans cause.

— La kératite est en voie de guérison; la cornée gauche a un aspect dépoli, avec arborisations vasculaires; tache blanche sur le côté gauche de la pupille. Rien à l'œil droit, la taie et le cercle opalescent qui l'entoure ont considérablement diminué depuis l'année précédente.

— Surdité des deux oreilles; plus prononcée cependant pour le côté gauche. Il est à peine possible de se faire entendre en parlant très fort. Pas de bruits musicaux. Rien du côté de l'oreille externe et de la membrane du tympan.

— Le traitement est dirigé comme l'année précédente : eaux sulfureuses intrâ et extrâ. Traitement mixte avec frictions.

— Après 15 jours, la kératite est en voie de guérison; la vascularisation a beaucoup diminué.

L'audition est un peu plus nette des deux côtés.

Etat au départ :

Après 35 jours de traitement, la kératite gauche est guérie, il n'en reste qu'une taie entourée d'une zone légèrement opalescente.

L'amélioration de la surdité du côté gauche n'a pas continué, mais du côté droit l'audition est presque normale; de sorte qu'en prêtant légèrement l'attention, la malade peut suivre facilement toute conversation.

Cet état persiste jusqu'en avril 1886, avec une bonne santé générale. Il n'existait alors que des traces des anciens accidents consistant en : surdité gauche incomplète; légère obtusion de l'oreille droite; léger trouble des deux cornées avec deux petites taches ne gênant pas la vision.

En avril 1886 :

A la suite d'une marche prolongée, après avoir couru dans un jardin en jouant avec un enfant, la malade est prise subitement de :

— Douleurs violentes dans les jambes, les bras, la ceinture; douleurs continues avec exacerbations, s'accompagnant de contractures qui durent plus d'une demi-heure, se renouvellent quatre à cinq fois dans les vingt-quatre heures, et de nausées et vomissements.

Ces phénomènes conservent cette violence pendant deux jours, puis diminuent d'intensité. Les douleurs ne sont plus continues, mais surviennent par crises plusieurs fois dans la journée, réveillant la malade pendant la nuit.

— Dès qu'elle veut s'asseoir dans son lit, elle est prise de vertiges, de nausées qui la *forcent* à s'étendre.

— Traitement au sirop de Gibert, deux cuillerées par jour.

— Après quinze jours environ, la malade peut se lever et marcher un peu. Les contractures ont disparu avec les douleurs. Seule, une douleur constrictive en ceinture continue avec maximum dans la région rénale, persiste. Elle s'exaspère parfois, surtout la nuit, amenant le réveil au milieu de cauchemars épouvantables.

Hallucinations fréquentes. Sommeil troublé par des cauchemars indépendamment des crises douloureuses.

Grande faiblesse musculaire, entraînant une impotence presque absolue.

Tels sont les phénomènes les plus frappants dont la mère peut me rendre compte.

L'amélioration ne s'accroissant pas, la malade demande à partir le plus tôt possible pour Luchon, où elle a toujours été améliorée. Elle arrive le 20 juin.

Etat à l'arrivée :

— Faiblesse générale. Depuis quelques jours, la malade redoute de manger, par crainte de crises gastriques des plus douloureuses accompagnées parfois de vomissements qui succèdent aux repas. Elle ne veut prendre que des liquides, bouillons, laitages.

— Douleurs constrictives en ceinture avec crises douloureuses plusieurs fois par jour et au moins une fois la nuit.

— Impossibilité de marcher seule sans être soutenue sous les deux bras; quoique depuis quinze jours les forces musculaires soient revenues presque *ad integrum* dans les membres inférieurs, il existe pour la marche une sorte de crainte, d'hésitation, qui détermine des efforts amenant eux-mêmes les crises douloureuses citées plus haut et même quelques douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, suivies de crampes.

— La malade étant soutenue très légèrement, la marche, pourvu qu'elle soit peu prolongée, ne fatigue pas.

— Impossibilité absolue de la station debout dans l'immobilité. Cette station, même de quelques secondes, détermine des crises de douleurs en ceinture; et celles-ci sont telles que pendant mon examen, la malade me supplie, en pleurant, de ne pas la faire tenir debout.

— Impossibilité de tenir d'une seule main un verre ou une assiette; ces objets lui paraissent trop lourds, ses deux mains lui sont nécessaires pour les soutenir. Lorsqu'elle porte sa cuillère à sa bouche, il se produit de légères oscillations, et un moment d'hésitation avant de l'introduire dans l'orifice buccal. Écriture lente, mais se faisant sans hésitation.

— Hallucinations fréquentes dès qu'il fait nuit, même à l'état de veille. Sentiments de peur. Intelligence beaucoup diminuée. Réponses lentes. Pleure facilement.

— Conservation des réflexes tendineux. Sensibilité cutanée normale; la malade sent parfaitement le sol, la différence d'un tapis, du parquet, etc.

(En raison des crises si douloureuses provoquées par la station debout, nous n'avons pas cru devoir faire l'expérience de cette posture les yeux fermés.)

Un traitement par les eaux sulfureuses, prudemment dirigé en raison de l'état des centres nerveux, allié à un traitement mixte de frictions et iodeure de potassium est immédiatement institué.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs disparaissent peu à peu en quinze jours. La malade peut dormir tranquillement, sans cauchemars. Les crises gastriques disparaissent, l'appétit revient et les forces avec lui. Enfin peu à peu les phénomènes disparaissent complètement, de sorte que *fin juillet*, c'est-à-dire quarante jours après le début du traitement, la malade part.

Pouvant marcher seule, sans fatigue, faisant de chez elle à l'établissement et inversement 1,500 mètres deux fois par jour, mangeant et dormant bien, ayant recouvré avec ses forces, sa gaieté et ne conservant de sa syphilis qu'une surdité incomplète et une taie légère sur chaque œil.

Nous avons eu des nouvelles de cette malade en mai 1887. Rien de particulier ne s'est produit. La malade est en bonne santé. Elle marche peut-être un peu moins facilement qu'à son départ de Luchon, se fatigue un peu plus vite, mais il en est ainsi depuis septembre 1886, et depuis lors les choses sont restées en état.

REVUE GÉNÉRALE.

DE LA RUBÉOLE OU RÖTHELN,

Par **J.-P. Crozer Griffith** (*The medical Record*, juillet 1887).

(Analyse par **L. BROCCQ.**)

L'étude dont nous allons donner une analyse très complète, est une excellente revue générale de la question : l'auteur américain a consulté plus de cent vingt travaux originaux déjà publiés sur ce sujet et dont il donne l'indication bibliographique, et il a dépouillé cent cinquante observations inédites dont une cinquantaine environ lui sont personnelles.

Voici la *synonymie* de l'affection : rubeola, rubeola sine catarrho, r. notha, r. epidemica, r. morbillosa, r. scarlatinosa, rosania, roseola, roseola epidemica, rubella, rosalia, rosalia idiopathica, scarlatina morbillosa, scarlatina hybrida, morbilli scarlatinosi, rōtheln, feuer masern, roséole, roséole idiopathique, rubéole, rougeole fausse, German measles, French measles, false measles, bastard measles, hybrid measles, bastard scarlatina, etc...

C'est le terme de rubéole qui est le plus généralement adopté en France et en Allemagne, mais l'auteur trouve des inconvénients à l'employer dans les pays de langue anglaise, car le terme de rubeola y est souvent synonyme de measles (rougeole). Aussi préfère-t-il le terme de rubella, créé par Veale en 1866, adopté depuis par Squire et par le *Dictionnaire medical* de Dunglison. Ce mot a, d'après lui, l'avantage d'être un diminutif du mot rubéole (rubéole étant considéré comme désignant notre rougeole) et d'exprimer ainsi le peu de gravité ordinaire de cette affection, et ses étroites relations avec la rougeole.

Historique. — Quelques auteurs prétendent que les Arabes la connaissaient sous le nom de *Hhamikah* et qu'ils la regardaient comme étant une forme de rougeole. Ingrassias, Ballonius et Sennertus ont décrit au *xvii^e* siècle une variété de cette dernière affection dans laquelle on croit retrouver la rubéole (1). Mais jusqu'aux mémoires publiés en Allemagne

(1) Dans toute cette analyse, nous traduirons constamment le terme rubella, adopté par l'auteur, par le mot rubéole dont on se sert généralement en France pour désigner cette maladie.

par de Bergen en 1732 et Orlow en 1758, il semble que l'on n'avait jamais soupçonné qu'il pût exister une autre fièvre éruptive bien caractérisée, distincte de la rougeole et de la scarlatine, méritant un nom et une description à part.

Allemagne. — Voici les principaux auteurs qui se sont occupés de cette question en Allemagne. Selle, en 1780, en fit connaître une épidémie fort grave. Ziegler en 1788, Formey et Fielitz en 1796, Sprengel, Stark et d'autres encore admirent sa spécificité et en publièrent des cas. D'après Formey, de 1784 à 1796, 1,180 personnes moururent de rubéole à Berlin, alors que pendant la même période la rougeole ne fit, dans cette ville, que 103 victimes, et la scarlatine 203. Les descriptions données par ces auteurs diffèrent d'ailleurs considérablement entre elles. Pour Formey, la maladie commencerait par la gorge où l'on observerait souvent un enduit blanchâtre; il ne serait pas rare de voir survenir du coma, du subdelirium et d'autres symptômes graves. D'après Selle, l'exanthème serait constitué par des pustules miliaires. D'autres parlent d'une éruption généralisée d'un rouge vif, suivie d'une desquamation en larges squames, et parfois d'hydropisie. Göden (1822) identifie la rubéole avec la scarlatine; Jahn (1835) en nie l'existence, Hufeland, Frank, Reil, Heim, etc..., en font une variété de la scarlatine. Schönlein et Hildenbrand soutiennent au contraire que c'est une forme hybride intermédiaire à la scarlatine et à la rougeole. Cette idée que la rubéole n'est qu'une forme de transition entre les deux grandes fièvres éruptives, supplanta peu à peu toutes les autres théories. Elle fut adoptée par Geertsema (1821), Busche (1841), Paasch (1854), Gelmo (1858) et beaucoup d'autres auteurs. On fit remarquer que la maladie augmentait de fréquence en même temps que la scarlatine et la rougeole, ou tout au moins en même temps que l'une de ces deux affections: les épidémies de rubéole s'observaient souvent dans une localité placée entre deux autres atteintes l'une de rougeole, l'autre de scarlatine. Il y avait donc, vers cette époque en Allemagne, une tendance générale à ne pas admettre l'existence de la rubéole comme entité morbide spéciale. Castatt et Hebra étaient convaincus que ce n'était pas une maladie *sui generis*.

Cependant, en dépit de tous ces arguments et de cette vive opposition, quelques observateurs continuaient à croire à la réalité de l'existence d'un troisième exanthème bien distinct. Parmi eux, il nous faut citer Behrend (1828), Wagner (1834), Meissner (1844). A partir de 1860, cette idée parut dominer à son tour dans ce pays et fut soutenue par Mettenheimer, Thomas, Hennig, Thierfelder, Vogel, Wunderlich, Lindwurm, Arnold, Gerhardt, Steiner, Kuster, Roth, Emminghaus, etc...; il faut ajouter à cette liste Nymann en Russie et De Man en Hollande. L'existence de la rubéole comme maladie spéciale est maintenant si bien

admise en Allemagne que Strümpel a pu dire que ceux-là seuls la nient, qui n'en ont jamais observé un seul cas.

Angleterre. — En Angleterre, on ne s'est occupé de cette question que dans ces dernières années. Willan, en 1808, et Bateman, en 1813 ont bien parlé d'une roséole et d'une rougeole sans catarrhe qui ne préservait pas de la véritable rougeole. Mais ce fut Maton, en 1813, qui décrit le premier la rubéole comme une maladie *sui generis*. Cependant l'opinion qu'elle n'était qu'une forme anormale ou hybride des autres fièvres éruptives prévalut en Angleterre jusqu'en 1840, époque à laquelle Paterson établit que c'était bien une affection distincte; toutefois l'entité morbide qu'il fit connaître était beaucoup plus grave que la rubéole que nous observons à l'heure actuelle. Ces idées furent soutenues par Tripe en 1832 et par Balfour en 1837; puis par Veale (1866), Murchison (1870), Liveing (1874), Dunlop (1871); à l'heure actuelle elles sont généralement admises en Angleterre malgré les protestations de Copland (1838) et d'Aitken qui soutiennent que c'est une forme hybride. Parmi les nombreux rapports d'épidémies récentes qui viennent d'être publiés dans le Royaume-Uni, le Dr Griffith cite ceux de Cheadle (30 cas), de Shuttleworth, de Douglas (50 cas), de Tonge-Smith (145 cas), de Wilson, de Dukes (63 cas), etc...

France. — Le Dr Griffith n'est pas très au courant des publications françaises récentes sur la rubéole; il ne cite même pas les travaux de Trastour (de Nantes) sur cette question. Il se contente de citer Alibert qui l'aurait décrite comme maladie distincte sous le nom de roséole idiopathique, Barthéz et Rilliet, qui semblent dans leur édition de 1861, en reconnaître l'existence en tant qu'entité morbide distincte; Gintrac et Thore ont combattu cette opinion; elle est au contraire soutenue par Trousseau, Roger, Damaschino, Jaccoud et bien d'autres.

Italie. — L'auteur n'a presque rien pu trouver sur la rubéole dans les publications italiennes.

Amérique. — Homans, de Boston, fut le premier pathologiste des Etats-Unis qui reconnut et décrit la rubéole en 1843. Cotting en publia des séries de cas en 1853 et 1871. Caleb Green (1871) en fit connaître une épidémie. Ce furent surtout les travaux de J. Lewis Smith (1874) qui attirèrent sur cette affection l'attention des médecins américains, et depuis cette époque on a écrit des quantités de mémoires ayant trait à des épidémies importantes; parmi elles le Dr Griffith cite celles de Hatfield (110 cas), de Park (plus de 100 cas), de Earle (120 cas), et Edwards (166 cas), etc...

La rubéole est une maladie *sui generis*. — L'historique qui précède montre que la rubéole, après avoir été longtemps considérée comme une simple variété de la rougeole ou de la scarlatine ou bien comme une

forme de transition entre ces deux fièvres éruptives, est actuellement regardée par la grande majorité des auteurs comme étant une affection bien distincte. Mais il y a encore des dissidents. Henoch ne peut accepter cette théorie ; Fagge dans son ouvrage récent : *Practice of medicine*, dit que la seule raison qu'il y ait pour que l'on admette l'existence de la rubéole comme maladie à part, c'est que l'on explique ainsi les faits qui pourraient être considérés comme des récidives de rougeole, et certes ce n'est pas là à ses yeux un argument suffisant. Goodhart croit que c'est une forme de transition. Descroizilles, Steward et Oxley lui refusent tout droit de cité dans le cadre nosologique. (Discussion au congrès médical international de Londres, 1881.)

Le Dr Griffith croit donc nécessaire de formuler quelques-unes des propositions sur lesquelles est fondée la théorie de l'existence de la rubéole.

1° C'est une fièvre éruptive contagieuse et épidémique et non une simple affection de la peau ;

2° Elle règne indépendamment de la rougeole et de la scarlatine ;

3° Son incubation, son invasion, son éruption, et ses autres symptômes diffèrent de ceux des deux autres fièvres éruptives ;

4° Elle attaque sans la moindre distinction et avec une égale intensité ceux qui ont eu la rougeole et la scarlatine et ceux qui ne les ont pas eues ; elle ne confère en rien l'immunité pour ces deux affections ;

5° Elle ne produit jamais que la rubéole chez les personnes qui sont exposées à la contagion ;

6° Elle ne survient qu'une seule fois chez le même individu.

L'auteur fait remarquer que du moment que la réalité de la quatrième proposition est prouvée, l'on est obligé d'admettre que la rubéole est bien une maladie distincte. En effet, il n'est pas ordinaire de voir la rougeole et la scarlatine récidiver ; cependant ces récidives peuvent s'observer, et j'en ai vu pour ma part des cas indéniables. Si l'on croit, d'autre part, que la rubéole n'est qu'une variété de l'une de ces deux affections, ou qu'une forme hybride tenant des deux à la fois, de telle sorte qu'elle ne saurait conférer à ceux qu'elle atteint l'immunité complète, du moins devrait-on s'attendre à ce qu'elle eût moins d'intensité chez ceux qui ont déjà eu la rubéole ; or, l'observation attentive des faits nous apprend qu'il n'en est rien.

Sur 48 cas de Smith, 19 malades avaient eu la rougeole ; sur 33 cas de De Man, 10 malades avaient eu la rougeole, 4 la scarlatine ; sur les 45 malades de Thierfelder, 22 avaient eu la rougeole et 5 la scarlatine ; sur les 110 d'Hatfield, plusieurs avaient eu la rougeole et la scarlatine ; sur les 27 de Shuttleworth, 15 avaient eu la rougeole et la scarlatine, et 5 eurent ensuite les deux maladies ; sur les 22 malades de la première

épidémie observée par Klaatsch, 11 avaient eu la rougeole; sur les 40 malades de la deuxième épidémie, étudiée par le même auteur, la plupart avaient eu la rougeole; sur les 88 de Duke, 61 avaient eu la rougeole; sur les 30 cas graves de Cheadle, 22 avaient eu la rougeole. La plupart des malades, dont le docteur Griffith a relevé les observations inédites, avaient eu la rougeole, ou l'ont eu plus tard.

On a objecté que les symptômes donnés par les divers auteurs ne concordent guère entre eux; les uns en font une affection des plus graves, les autres, et c'est la grande majorité à l'heure actuelle, une maladie sans importance. Il est probable qu'on a commis et que l'on commet même encore parfois des erreurs de diagnostic, et que la plupart des faits si graves de rubéole que l'on a relatés, ne sont que des cas de scarlatine ou de rougeole. Il faut aussi remarquer que la rubéole, comme les autres affections contagieuses, peut varier beaucoup suivant les personnes, suivant les localités et suivant les époques; ainsi, il est fort possible que cette maladie ait perdu de sa gravité depuis le jour où l'on en a donné les premières descriptions.

Etiologie. — La contagiosité de la rubéole ne peut plus être mise en doute à l'heure actuelle; et cependant Kassowitz et Steiner la nient. Slagle la met en doute, et De Man, Picot, Mettenheimer, Arnold et Lindwurm la regardent seulement comme probable. Walch pense qu'elle peut se produire d'une manière spontanée, et il dit que ses épidémies apparaissent à Malte dès que survient la saison des pluies. Thomas croit qu'elle est un peu moins contagieuse que la rougeole; Tonge-Smith, Liveing, Bourneville et Bricon, Hardaway, etc..., partagent cette opinion. Squire, Chadbourne et J.-L. Smith disent qu'elle n'est que faiblement contagieuse, Klaatsch, qu'elle l'est plus ou moins suivant les épidémies; pour Jacobi et Dukes, elle l'est à un haut degré.

L'expérience personnelle du docteur Griffith lui fait croire que la nature contagieuse de la rubéole est très accentuée.

Cette maladie s'observe surtout par épidémies; elle est plus fréquente en hiver et au printemps. J.-F. Meigs et Slagle la croient plutôt épidémique que contagieuse. Thomas pense que c'est une maladie cyclique qui fait sa réapparition dans une contrée à des intervalles réguliers de quelques années; c'est un point que des études ultérieures pourront seules élucider.

On connaît mal la période à laquelle la rubéole est le plus contagieuse. Thierfelder pense que c'est pendant la convalescence; Squire croit qu'on peut la communiquer avant que l'éruption ne paraisse et pendant un mois après. L'extension de la maladie dans les institutions, en dépit de l'isolement immédiat et rigoureux des enfants atteints, démontre bien qu'elle est contagieuse dès les premières périodes.

On ignore comment se fait la transmission. La découverte qu'ont faite Edwards et Formad de micrococci dans le sang de quelques rubéoleux est intéressante, mais elle n'est pas encore entourée de toutes les garanties suffisantes. Il est presque universellement admis qu'on n'est atteint qu'une seule fois de la rubéole.

Le sexe n'a aucune influence sur elle. C'est une maladie de l'enfance qui s'observe surtout entre 5 et 15 ans. Le docteur Griffith l'a vue chez un enfant de moins de 2 ans, et Scholl a cité le cas d'un nouveau-né qui en fut atteint quelques jours à peine après sa naissance; sa mère l'avait eue deux mois auparavant; mais ce sont là de fort rares exceptions. Les adultes sont parfois atteints, mais beaucoup moins souvent: sur les 55 malades de Thomas (1868), deux seulement étaient des adultes; sur les 22 du même auteur (1872), un seul était adulte; sur les 42 d'Emminghaus, 2 étaient des adultes; sur les 19 de Roth, un seul l'était. Bien que des adultes en assez grand nombre aient été exposés à la contagion dans les institutions où ont été recueillis les 150 cas relatés par le docteur Griffith, 1 seul a été atteint. Leitz a publié l'observation d'une femme âgée de 63 ans.

Incubation. — Le docteur Griffith a observé à cet égard les faits suivants: une petite fille en congé dans sa famille y prend la rubéole; l'éruption apparaît le 24 février 1886, et le jour même elle rentre à l'institution. Le 1^{er} mars 1886, c'est-à-dire 5 jours après avoir été exposées à la contagion, deux enfants sont atteintes et présentent l'éruption caractéristique; le 3 mars elle apparaît chez trois autres; le 4 (huit jours après l'arrivée de la première malade) elle se montre chez 7 autres enfants, le 5 chez 2, le 6 chez 5, et le 7 chez 7. Puis de nouveaux cas se déclarèrent tous les jours, mais il était dès lors impossible de savoir quelle était leur origine directe. Dans cette série de faits, la plus courte durée de l'incubation fut donc de 5 jours; 28 cas se développèrent dans les 11 jours qui suivirent l'arrivée de la première malade. Dans une autre série de faits observés chez des garçons par le docteur Musser, la période d'incubation la plus courte fut de 6 jours. La plupart des auteurs donnent des périodes d'incubation beaucoup plus longues, et le docteur Griffith reconnaît qu'il a vu ce stade beaucoup plus prolongé dans d'autres épidémies. Pour Glaister, la période d'incubation est de 4 à 6 jours au plus; pour Robinson, de 6 à 7 jours; pour Pollock, de 6 à 16 jours; pour Edwards, de 6 à 21, de 10 en moyenne; J.-L. Smith lui assigne une durée de 7 à 21 jours; Bourneville et Bricon, de 8 à 10 jours; Squire, de 8 à 21, 14 en moyenne; Hatfield, de 10 jours; Steiner, de 10 à 14; Cheadle de 11 à 12; Dukes, de 12 à 22, 15 à 16 en moyenne; Duckworth, de 16; Cuomo, de 17; Cullingworth, Balfour et Tonge-Smith, de 2 semaines; Goodhart, Jacobi, Hardaway, Mettenheimer et Thierfelder, 2 semaines au plus;

Gerhardt, Kaesswitz, Emminghaus, Picot et Eichhorst, de 2 à 3 semaines; Thomas, Earle et Klaatsch, de 2 semaines $1/2$ à 3 semaines; Cotting, de 3 semaines environ.

On voit donc, en somme, que la durée de la période d'incubation de la rubéole varie de 4 à 22 jours. On n'a signalé l'apparition d'aucun symptôme notable pendant cette période; cependant Squire prétend que les malades se plaignent parfois de la gorge et l'on a noté des épistaxis et du gonflement des ganglions rétro-cervicaux.

Invasion. — Dans beaucoup des cas personnels au Dr Griffith, les prodromes ont tout à fait manqué. Dans un certain nombre, cependant, on a pu noter quelques légers troubles morbides douze heures environ avant l'apparition de l'éruption : les malades éprouvaient du malaise, de la somnolence, leurs yeux devenaient rouges, larmoyants, fatigués : on a vu survenir des éternuements et une toux légère. Dans un cas, les prodromes parurent 24 heures et dans un autre 48 heures avant l'éruption.

L'opinion de la grande majorité des auteurs est qu'il n'y a pas le moindre prodrome, ou que ces prodromes ne durent que quelques heures ou un jour et sont insignifiants : dans les cas normaux c'est à peine si l'on observe du malaise, une toux légère, du larmoiement, de l'injection conjonctivale, probablement un peu de coryza, parfois de la douleur dans les membres, de la somnolence, de l'enrouement, assez souvent des maux de gorge, de la tuméfaction des ganglions des régions cervicale et postauriculaire, peut-être une élévation de température de 1° à 2° , parfois des nausées et un certain œdème du visage. Mais tous ces symptômes peuvent manquer.

Quelques auteurs soutiennent cependant que la durée du stade d'invasion peut être beaucoup plus longue. McLeod dit qu'elle est de 24 à 36 heures; Murchison et Binns, qu'elle peut être de 48 heures; Mettenheimer, Henderson, Kingsley, Thierfelder, Emminghaus, Roth de un à trois jours; Copland, Cuomo et Cheadle de deux à trois jours; Cullingworth et Edwards de trois jours; Paterson et Aitken de trois à quatre jours; Lindwurm de quatre jours; Hemming de quelques heures à cinq jours; Balfour de deux à six jours, et Claussen prétend que dans quelques cas le malaise prémonitoire peut durer de six à sept jours.

Il est donc hors de doute que la durée du stade d'invasion peut être prolongée et que ses symptômes peuvent avoir une gravité insolite, mais il n'en est pas moins vrai que toutes les fois que le stade prodromique se prolonge plus d'une demi-journée, il s'agit d'un cas anormal.

On a également noté pendant cette période quelques symptômes exceptionnels : les vomissements sont rares d'après J.-L. Smith, Murchison, McLeod et Emminghaus; d'après Kingsley ils précèdent d'ordinaire l'éruption : le Dr Griffith ne les a observés que dans deux cas. J.-L.

Smith, Edwards, Lindwurm, Cuomo et Alexander ont signalé des convulsions; Hardaway, Cuomo et Edwards du délire; Cullingworth de l'urticaire; Prioleau des hémorrhagies oculaires et auriculaires; Edwards des épistaxis; Squire des vertiges; Mettenheimer des syncopes; Balfour des attaques de faux croup; Cuomo des céphalalgies intenses. Nyman a noté des sensations de froid dans 49 cas sur les 119 qu'il a relatés. Emminghaus et Thierfelder ont observé une légère rougeur immédiate avant le rash; Edwards a vu dans 4 cas et Cuomo dans 7 cas de l'érythème.

Éruption. — L'éruption apparaît après ces légères manifestations prodromiques ou bien, sans aucun phénomène prémonitoire, en pleine santé. Fort souvent c'est à son réveil, après une nuit de sommeil, que l'enfant se trouve couvert de rougeurs. Pour la plupart des auteurs elles apparaissent d'abord sur le visage, et de là elles se répandent fort rapidement, en quelques heures, sur tout le reste du corps; les jambes sont envahies en dernier lieu: telle est l'opinion de Thomas, Emminghaus, Squire, Picot, Rilliet et Barthez, Mettenheimer, Klaatsch, Bourneville et Bricon et beaucoup d'autres. D'après Liveing et Morris, l'éruption débute par la poitrine et par le dos; d'après Day, Murchison et Balfour ce serait par les bras et la région présternale; d'après Paterson et Copland, elle débiterait partout à la fois. Park soutient que souvent elle est tout d'abord visible à la voûte palatine avant de l'être sur les téguments, puis elle se montre sur le cou.

Parfois, d'ailleurs, l'éruption est fort avortée, et n'existe que dans la cavité buccale, sur le visage, au cou, ou même aux sourcils seuls. La surface entière du corps peut être atteinte. J.-L. Smith et Emminghaus ont cru qu'elle respectait toujours la paume des mains et la plante des pieds, mais Thomas, Roth et d'autres l'y ont constatée. Elle est constituée par une hyperémie du corps papillaire et de la couche superficielle du chorion: dans les cas typiques, elle se présente sous la forme de petites taches irrégulières de forme d'une grandeur qui varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois, d'une teinte d'un rose pâle spécial, à bords plus ou moins nets formant parfois un relief perceptible à la vue et au toucher. Ces taches ne sont pas groupées comme dans la rougeole; elles sont disséminées çà et là plus ou moins rapprochées les unes des autres. Cependant elles sont le plus souvent discrètes et séparées entre elles par des intervalles plus ou moins grands de peau saine; elles ont néanmoins une certaine tendance à devenir confluentes en certaines régions, surtout au visage et aux endroits soumis à une pression continue ou à une température plus élevée, tels que les parties naturelles, les fesses, parfois au niveau des jarrettières serrées.

Sur le tronc, surtout vers le dos, l'éruption est d'ordinaire plus pâle,

ou d'une couleur rouge brunâtre, et les éléments sont très rapprochés. Vers les poignets et les chevilles, quelquefois sur les doigts et les orteils, les papules isolées sont fort évidentes.

La description qui précède est conforme à ce que disent la plupart des auteurs; mais il faut bien savoir que l'éruption est extrêmement variable d'aspect suivant les épidémies et dans une même épidémie suivant les sujets.

Thomas dit que la teinte de l'éruption est rose pâle, qu'elle n'a pas le rouge vif de la scarlatine intense, ni la coloration rouge bleuâtre de la rougeole grave; pour Shuttleworth, la teinte est d'un rouge brunâtre. Aitken dit que l'exanthème est plus surélevé que celui de la rougeole. Curtman, Cuomo, Thomas, Hardaway et Copland ont noté qu'il pouvait se développer des vésicules; mais ce fait est des plus rares. Thomas, Gerhardt et d'autres auteurs disent que les éléments éruptifs de la rubéole ont des bords arrondis ou dentelés, et que dans ce dernier cas ils sont souvent reliés les uns aux autres par des prolongements délicats. Emminghaus et Cuomo décrivent un aspect marbré des téguments, et de petits vaisseaux fort délicats que l'on voit parfois dans les parties saines. Dunlop et Cheadle ont observé des pétéchies et Glaister un rash purpurique. Cheadle prétend aussi que l'éruption est plus sombre, plus pourprée et plus papuleuse que celle de la rougeole, mais l'épidémie qu'il a observée était à beaucoup d'égards anormale. Claussen a noté que l'on éprouve parfois en pressant sur les papules la sensation d'une petite nodosité cutanée. Le Dr Griffith a observé un fait analogue: l'éruption qui couvrait l'enfant dès le premier jour était surtout composée de plaques annulaires variant comme grandeur de celle d'un pois à celle d'une pièce de 20 centimes en argent d'un rose pâle avec une coloration nettement jaunâtre au centre. Au niveau de la plupart de ces macules, on sentait sous la peau un petit corpuscule dur semblable à une bille. L'éruption pâlit, changea de caractère dans les vingt-quatre heures et l'on ne put conserver le moindre doute sur sa nature.

Suivant Rilliet et Barthez, l'exanthème peut disparaître, puis reparaitre chez le même malade le même jour ou plus tard. Le Dr Griffith l'a vu dans un cas s'effacer pendant un jour, puis redevenir visible. Thomas, Emminghaus, Mettenheimer, Wunderlich, Roth, etc. décrivent l'éruption comme étant un peu surélevée. Hardaway, Cuomo, Duhning, etc. la considèrent comme n'étant composée que de macules. Toutes ces différences prouvent bien qu'elle est polymorphe.

D'après les cas qu'il a étudiés, le Dr Griffith croit pouvoir en décrire deux types principaux:

1° Les taches ont pour la plupart la grandeur d'un pois; elles sont

plus ou moins groupées, elles ont en fait la plus grande ressemblance avec l'éruption de la rougeole.

2° L'éruption est confluyente en larges placards ou ne forme qu'une vaste nappe, sans saillies notables au-dessus du niveau des téguments; elle est d'une rougeur uniforme et simule tout à fait l'exanthème de la scarlatine. Un examen fort attentif fera souvent reconnaître quelques papules au milieu de la rougeur diffuse : on trouvera surtout ces éléments entre les sourcils, aux poignets et aux doigts.

On peut observer toutes les gradations possibles entre les deux types extrêmes que nous venons de signaler. Il est peut-être possible d'établir comme règle que plus l'éruption est maculeuse, plus grande est la tendance à la confluence, que plus elle est papuleuse, plus elle tend à former des groupes semblables à ceux de la rougeole.

Ces deux formes éruptives de la rubéole, l'une semblable à la rougeole, l'autre à la scarlatine, s'imposent aux observateurs qui ont vu de nombreux cas de cette affection. Aussi presque tous les auteurs sérieux en parlent-ils. Klaatsch et Copland disent qu'à première vue on peut prendre la rubéole pour une scarlatine. Harrison, Goodhart, Hatfield, J.-L. Smith, etc. reconnaissent que tantôt l'exanthème ressemble à celui de la rougeole, tantôt à celui de la scarlatine. Byers, Picot et Henderson ont vu des cas dans lesquels il ressemblait à celui de la rougeole en certains points du corps et à celui de la scarlatine en d'autres.

Cependant quelques auteurs modernes ont prétendu que la rubéole ne pouvait jamais être confondue avec la scarlatine. Thomas, Bristowe, Bourneville et Bricon s'étonnent que l'on ait pu hésiter entre ces deux affections. Le Dr Griffith croit qu'une plus grande expérience des faits aurait évité de semblables erreurs à ces pathologistes. Il a observé pour sa part un cas dans lequel il lui a été impossible de porter le diagnostic de rubéole pendant les premiers jours : rien ne pouvait distinguer l'éruption de celle d'une scarlatine : l'évolution de la maladie et la contamination d'un frère du malade lui permirent seules de reconnaître la véritable nature de l'affection.

Il est toutefois généralement admis que la rubéole ressemble surtout à la rougeole. Thomas voulant qu'elle lui ressemblât toujours, a émis un peu timidement l'opinion qu'il pourrait bien exister une autre affection distincte de la rubéole et ressemblant à la scarlatine. Filatow, de Moscou, allant encore plus loin, a décrit deux variétés de rubéole : l'une la *rubeola scarlatinosa*, et l'autre la *rubeola morbillosa*, celle-ci n'étant autre chose que la rubéole typique ; il soutient que ce sont deux entités morbides bien distinctes, mais il n'en donne aucune preuve concluante. Tout semble démontrer au contraire que la même contagion leur donne naissance et qu'elles ne sont par conséquent que deux modalités érup-

tives de la même affection. On a proposé d'autres classifications de l'éruption : Thomas en a établi trois variétés d'après la grandeur des taches ; Emminghaus parle d'une forme confluyente et d'une forme discrète ; Nyman et Klaatsch d'une variété ponctuée et d'une autre à larges éléments.

La plupart des auteurs s'accordent à dire que la durée de l'éruption est variable suivant les diverses régions du corps. D'après Thomas, il est assez fréquent de voir le maximum de développement de l'éruption se faire en des moments différents, en tel ou tel point. Elle atteint sa plus grande intensité à la face, au cou, à la partie supérieure du tronc avant qu'elle se soit montrée aux extrémités, et, lorsque douze ou vingt-quatre heures plus tard ces dernières régions sont complètement envahies, il ne reste que quelques vestiges de rougeur sur celles qui ont été prises les premières. La durée du maximum d'intensité de l'éruption en un point varie de quelques heures à une demi-journée. Hardaway, Emminghaus, Roth et Mettenheimer font de cette apparition successive du maximum de l'éruption en divers points du corps le signe pathognomonique de la rubéole. L'auteur a pu souvent vérifier la réalité de la description précédente, mais il ne croit pas que ce mode particulier de production de l'éruption doive être regardé comme ayant une fort grande importance. Il a aussi fréquemment vu l'exanthème persister avec une égale intensité sur le visage, tandis qu'il gagnait le reste des téguments, de telle sorte qu'il était possible de dire qu'il atteignait partout son acmé dès le second jour. Il pâlit alors rapidement ; et ce changement de coloration se produit partout à la fois ou tout d'abord au visage. Fréquemment il semble persister plus longtemps aux régions qui ont été prises en premier lieu, et c'est ainsi qu'il peut encore être perceptible au visage et aux parties, alors que les autres régions en sont déjà complètement indemnes. D'ailleurs il faut bien reconnaître que toutes sortes de variétés ont été indiquées par les auteurs.

C'est ainsi qu'ils indiquent pour la durée totale de l'éruption, Gerhardt un jour ou une demi-journée, Trousseau un ou deux jours, Thomas, Alibert, Rilliet et Barthez, Bournéville et Bricon de deux à trois jours, Edwards de deux à cinq jours, Claussen et J.-L. Smith trois jours, Kingsley et Emminghaus de deux à quatre jours, Maton et Picot de trois à quatre jours, Hatfield quatre jours, Klaatsch de un à cinq jours, Balfour de quatre à six jours, Copland et Aitken de quatre à cinq jours, et de six à dix dans les cas graves, Liveing de cinq à sept jours et Alexander quatorze jours dans un cas. Le Dr Griffith l'a vue durer de deux à trois jours, beaucoup plus rarement quatre à cinq jours, et dans quelques cas vingt-quatre heures seulement. On peut donc dire d'une façon générale que la durée moyenne de l'éruption est de trois à quatre jours,

mais qu'elle peut varier de vingt-quatre heures à six ou sept jours.

Symptômes du stade d'éruption. — Quand il y a eu des prodromes, ces prodromes, plus ou moins accentués, persistent pendant le stade d'éruption. Les symptômes qui prédominent sont les phénomènes de catarrhe de la rougeole combinés avec l'angine de la scarlatine, mais bien atténués. Dans les cas qui lui sont personnels, le Dr Griffith a constaté du côté des yeux un peu de rougeur et une augmentation de la sécrétion nasale, parfois du larmolement et des éternuements, très rarement de la photophobie et un coryza bien caractérisé. Souvent il a vu survenir de la toux, et parfois il a dû même la traiter. La plupart des auteurs ont observé les mêmes phénomènes; cependant on doit signaler quelques divergences d'opinion. Trousseau et Reed nient l'existence du catarrhe; d'autres, comme Mc Leod et Vogel, soutiennent que d'ordinaire il est nul. D'après Burnie, l'absence du coryza et de la toux est un des caractères distinctifs de l'affection, mais la congestion de la conjonctive se voit fréquemment. Brodie prétend qu'il n'y a jamais d'éternuements. Douglas soutient, au contraire, que le coryza existe dans la moitié des cas environ, quoiqu'il soit moins fréquent que les autres manifestations catarrhales; Thomas, que la conjonctivite et le coryza font rarement défaut, surtout au début de la maladie; Kassowitz, qu'il y a du catarrhe oculaire et nasal avec éternuements, mais que la toux est rare; Wilson, qu'il n'y a pas de bronchite, et Cuomo, qu'elle est la règle, etc., etc. Sans aucun doute, l'intensité des manifestations dépend quelque peu des épidémies; toutefois, dans presque tous les cas, elles sont bien moins graves que dans la rougeole.

Le mal de gorge a été constant dans tous les cas observés par l'auteur, mais il a été presque toujours fort léger; et les malades ne s'en plaignaient pas. L'examen direct révélait l'existence d'une rougeur de la muqueuse, surtout marquée à la partie supérieure des piliers antérieurs du voile du palais. Parfois, cependant, l'inflammation était plus intense, les amygdales étaient tuméfiées et la déglutition pénible. Beaucoup d'auteurs ont signalé la possibilité de ces angines sérieuses avec difficulté ou impossibilité d'avaler et sécrétion abondante de mucosités. Parke est le seul pathologiste qui n'ait pas toujours constaté la présence de l'angine; il ne signale l'amygdalite légère ou la pharyngite que dans 20 0/0 des cas. Murchison, Liveing, Edwards, Burnie, Hemming, Aitken, Copland, Paterson, Mc Leod et beaucoup d'autres insistent, au contraire, tout particulièrement sur la constance de ce phénomène. C'est réellement un des caractères pathognomoniques de la maladie, un de ceux qui sont le plus utiles pour la reconnaître. Thomas prétend que, tandis que dans la scarlatine il n'y a que les parties postérieures de la gorge qui soient atteintes, dans la rubéole les parties antérieures sont tout autant inté-

ressées. Dans la plupart des cas personnels au Dr Griffith, la gorge était le siège d'une rougeur diffuse limitée ou fort étendue. Dans quelques cas, on voyait sur le voile du palais, sur la luette et la face interne des joues une éruption de petites taches d'un jaune rougeâtre ou d'un rouge brunâtre de la grandeur d'une tête d'épingle. Emminghaus, Nymann, Gerhardt, Picot, Parke, Dunlop, Kassowitz, Cuomo, d'autres encore ont signalé des faits identiques. Cependant, Thomas et Klaatsch ne les ont jamais constatés et les révoquent en doute.

L'enrouement existe quelquefois d'après divers auteurs, tels que Thomas, Emminghaus, Edwards, etc. Le Dr Griffith l'a noté dans quelques cas. D'après Aitken, Cheadle, Paterson, etc., il serait souvent très prononcé.

Thomas dit que les symptômes de catarrhe et d'angine suivent la même marche que l'éruption, qu'ils diminuent à mesure que celle-ci disparaît. Le Dr Griffith croit que cette règle est généralement exacte, quoique dans certains cas ces symptômes n'existent plus au bout de vingt-quatre heures, alors que l'éruption ne fait encore que commencer à pâlir. D'après Emminghaus, ils suivent plutôt la même marche que la température. Squire les a vus s'accroître après la disparition de l'éruption. Liveing dit que le mal de gorge peut persister, alors que les téguments ont repris leur aspect normal. Dans un cas dû au Dr Shoemaker, l'angine dura dix-huit jours. Le Dr Griffith a vu souvent la toux persister, alors que le malade ne présentait plus aucun autre symptôme morbide.

La fièvre constitue l'un des phénomènes les plus importants ; mais les auteurs s'accordent peu à ce sujet. D'après Eustace Smith, le léger mouvement fébrile que l'on observe lors des prodromes ne s'accroît pas lorsque se montre l'éruption. Roberts et d'autres observateurs disent même qu'il diminue. Le Dr Griffith a fait de nombreuses recherches et il croit qu'il se produit presque toujours une légère élévation de température lors de l'apparition de l'exanthème : elle atteint son maximum le premier, souvent le deuxième jour de l'éruption, puis elle diminue graduellement avec elle. Elle peut s'élever jusqu'à 100° Fahr., mais elle dépasse rarement 101° Fahr. ; dans beaucoup de cas, elle reste pendant un certain temps à 99,5 ou 100° Fahr., même après la disparition complète des accidents cutanés. Il est possible qu'elle tienne alors à la persistance de la bronchite. Dans beaucoup de cas, elle redevient normale dès le second jour, bien que l'éruption soit toujours à son maximum ou ne fasse que commencer à pâlir. Dans quelques cas, qui semblaient avoir d'abord été tout à fait apyrétiques, on a noté une légère élévation de température, alors que l'exanthème avait déjà presque totalement disparu. D'après Squire, la température ne serait pas régulière pendant toute la semaine qui suit l'éruption.

Thomas et Hardaway décrivent les mêmes variations de température.

Emminghaus insiste sur ce que, dans certaines épidémies, elle est normale ; quand la fièvre existe, elle ne se montre qu'au début et disparaît avant la fin de l'éruption, ou bien elle persiste pendant toute la durée de l'exanthème. Squire prétend que la fièvre disparaît en même temps que la rougeur, le troisième jour ; Reed, qu'elle ne s'élève jamais au-dessus de 101° Fahr., et qu'elle tombe toujours vers le second jour ; Alexander et Cuomo, que la fièvre de la période d'invasion diminue lorsque l'exanthème se montre ; Burnie, que la température ne dépasse jamais 102° ; Vogel, Wunderlich, Earle et Picot, que la fièvre manque le plus souvent ; J.-L. Smith, Barthez et Rilliet, Claussen, Parke, Bourneville et Bricon, Tonge-Smith, qu'elle est fort légère quand elle existe ; Cotting, qu'elle atteint son maximum lorsque survient l'éruption ; Kassowitz, qu'elle disparaît le second ou le troisième jour ; Klaatsch, qu'elle est légère et ne dure qu'un jour.

Quelques auteurs attachent cependant une grande importance à la fièvre. D'après Mc Leod, elle peut atteindre 100 ou 105° Fahr. ; E.-L. Fox dit qu'elle est forte pendant les deux premiers jours ; Edwards, qu'elle monte souvent à 103 ou 104° Fahr. ; Cheadle a décrit une épidémie où elle atteignait 103° Fahr. au début de l'éruption et 104 à 105° lorsque l'éruption était à son summum. Toutes ces opinions si diverses font bien comprendre combien ce symptôme peut varier dans la rubéole.

Dans les cas du Dr Griffith, l'intensité du catarrhe et de la fièvre était d'ordinaire en relation directe avec l'intensité de l'éruption : cette règle semble avoir été admise par la majorité des auteurs. Cependant la plus grande élévation de la température et le maximum de développement des phénomènes cutanés ne sont pas nécessairement dans tous les cas atteints au même moment. Bien plus, Emminghaus prétend qu'ils ne coïncident jamais, et Thomas, qu'ils n'ont aucune relation entre eux. Il y a aussi un certain nombre de malades chez lesquels cette règle ne se vérifie pas ; chez quelques-uns d'entre eux, il y a beaucoup de fièvre et peu d'exanthème ; chez d'autres, un exanthème fort accentué avec apyrexie. Les mêmes anomalies peuvent s'observer pour les symptômes de catarrhe.

Le pouls et la respiration ont d'ordinaire la fréquence que comporte l'élévation de la température. Cependant, dans quelques cas, il peut y avoir de la tachycardie.

L'état de la langue est fort important pour le diagnostic : le Dr Griffith n'a jamais observé la langue rouge vif et desquamée de la scarlatine ; elle était toujours normale ou revêtue d'un mince enduit saburral avec piqueté formé par le sommet des papilles hypertrophiées. C'est là la règle dans l'immense majorité des cas. Cependant Hemming, Balfour et Tripe ont décrit une langue plus ou moins sale, puis devenant rouge vif, puis lisse et unie. Murchison dit qu'elle peut ressembler à la langue de la scar-

latine. Burnie fait de la teinte rouge vif de la langue un des caractères qui permettent de distinguer la rubéole de la rougeole. Tompkins cite un malade qui avait déjà eu la rougeole, qui eut la rubéole avec une langue d'un rouge vif, puis qui fut pris de la scarlatine. Tous ces faits peuvent être considérés comme anormaux.

L'un des symptômes les plus caractéristiques de la rubéole est la tuméfaction des glandes lymphatiques rétro-auriculaires et sterno-cléido-mastoïdiennes. Dès 1815, Maton en fit ressortir toute l'importance. Il faut reconnaître qu'il existe dans presque tous les cas. Hardaway ne l'a pas vu manquer une seule fois. J.-F. Meigs regarde la tuméfaction du ganglion rétro-auriculaire comme l'un des meilleurs signes qui permettent de reconnaître la rubéole. Squire, Hardaway et Thierfelder disent qu'on peut souvent constater cette tuméfaction avant l'apparition de l'exanthème. Gerhardt, Mettenheimer, Douglas, Earle, Emminghaus, Tonge-Smith, Edwards, Duhring, etc. s'accordent tous à en faire un symptôme constant de l'affection. Toutefois, Eustace Smith dit qu'il n'existe que dans quelques épidémies, et Kassowitz ne l'a trouvé que dans un tiers de ses cas personnels ; il reconnaît néanmoins que c'est le dernier phénomène morbide qui disparaisse. Le Dr Griffith a pour ainsi dire toujours constaté le gonflement d'un ganglion au moins ; parfois il n'est pas perceptible le premier jour, mais devient évident le deuxième ; il persiste pendant un certain temps, et même après que l'éruption a disparu. Il ajoute qu'il a observé le même phénomène dans la rougeole, et il pense que si on le cherchait dans cette affection, on trouverait qu'il y est fréquent.

Thomas, Klaatsch, Hardaway, Tonge-Smith et Emminghaus ont vu les ganglions des autres régions du corps se tuméfier dans certains cas. Chez ses malades les plus gravement atteints, le Dr Musser a souvent constaté du gonflement des ganglions axillaires et surtout inguinaux.

Douglas a noté que l'éruption pouvait s'accompagner d'œdème du visage : le Dr Griffith a vu ce phénomène se produire dans un certain nombre de ses cas.

D'après Heim, l'éruption s'accompagnerait d'une odeur qui serait semblable à celle qu'exhalent les scarlatineux ; pour Squire, elle serait, au contraire, semblable à celle des rubéoleux.

Les plus anciens auteurs et la plupart des modernes (Vogel, Thomas, Mettenheimer, Bourneville et Bricon, Hardaway, Edwards, Emminghaus, etc.....) disent que parfois l'éruption s'accompagne de prurit ; cependant l'opinion générale est qu'il fait défaut dans l'immense majorité des cas.

Les Drs Shæmaker, Musser et Griffith ont souvent constaté une certaine rudesse toute spéciale de la peau, semblable à la peau ansérine :

elle n'est pas seulement perceptible pendant l'éruption, elle persiste souvent pendant plusieurs jours après que l'exanthème a totalement disparu. Les auteurs n'ont attaché que fort peu d'importance à ce symptôme, bien que Golson et quelques autres l'aient mentionné.

Les nausées et les vomissements sont fort rares. Bourneville et Bricon n'ont observé les vomissements que dans un seul cas. Paterson et Aitken disent qu'ils se produisent parfois; Kingsley et Cheadle qu'ils surviennent dans les cas graves; Parke et Mc Leod qu'ils sont fort rares; mais J.-L. Smith et Edwards qu'ils sont fréquents. Le Dr Griffith les a notés, dans quelques-uns des cas les plus sérieux, le premier jour de l'éruption.

Les fonctions intestinales sont régulières ou bien il y a de la constipation.

Desquamation. — A mesure que disparaît la coloration rouge de l'éruption, le Dr Griffith a vu souvent persister des taches d'une légère teinte brunâtre, lesquelles s'évanouissent bientôt à leur tour. Cheadle, Thomas, Edwards, Rilliet et Barthéz ont observé ce phénomène et parlent d'une teinte jaune très délicate, fugitive. Kassowitz décrit un état marbré de la peau qui persiste pendant six ou huit jours après la guérison; Emminghaus, une certaine pigmentation peu distincte, et Stone des taches sur la figure pendant deux ou trois jours.

Immédiatement après la disparition de l'éruption, il peut se produire ou non une légère desquamation furfuracée. Elle a existé dans un grand nombre des cas personnels au Dr Griffith. Thomas, Steiner, Fleischmann, Brodie, Mc Leod, Wilson, Goodhart, Cuomo, Bourneville et Bricon ne l'ont jamais observée. Presque tous les autres auteurs disent qu'elle manque souvent, qu'elle est fort minime et toujours furfuracée. D'après Aitken et Paterson, il se produit parfois sous la plante des pieds et à la paume des mains une desquamation plus large qu'ailleurs, mais jamais aussi considérable que dans la scarlatine. Elle est d'ordinaire terminée en 24 ou 72 heures. Cependant elle peut parfois durer plus longtemps: Squire l'a vue persister pendant trois semaines, Edwards pendant vingt jours, Scholl pendant quarante ou cinquante jours. Hemming, Paterson, Aitken et Edwards disent qu'elle débute par le centre de chaque tache et qu'elle s'étend de là vers la périphérie; Edwards prétend de plus que la cavité buccale prend part à cette desquamation.

Complications et suites. — Dans les formes légères, les complications sont totalement défaut. Cependant, dans les cas graves, on a signalé quelques accidents possibles, la plupart du côté de l'appareil respiratoire. Emminghaus, Cheadle, J.-L. Smith, Earle, Parke, Edwards ont observé des bronchites intenses et des pneumonies; Ryle et Edwards ont chacun vu une pleurésie. Tonge-Smith décrit une angine secondaire qui se montre vers le troisième ou quatrième jour, s'accompagne de beaucoup

de fièvre et de tuméfaction, mais jamais de gangrène. Emminghaus et d'autres auteurs parlent aussi de maux de gorge sérieux, et Eustace Smith fait de cette angine secondaire un des symptômes caractéristiques de la rubéole. Cheadle signale des dépôts membraneux sur les amygdales, et avec Glaister il a constaté de la respiration gênée et striduleuse. D'après Parke et Slagle, le croup peut parfois venir compliquer l'affection, et J.-L. Smith a observé la diphthérie.

Un des points les plus discutés est l'existence de l'albuminurie et de l'hydropisie consécutive : Emminghaus les mentionne ; Kingsley, Cheadle, Duckworth et Reed en ont chacun relaté un cas ; Hatfield dans deux cas, Cuomo dans trois, ont trouvé une légère albuminurie. Liveing dit qu'elle n'est pas très rare ; Edwards qu'il l'a constatée dans trente pour cent de ses cas personnels. Pour Roberts, une légère albuminurie transitoire n'est pas rare, mais il n'en est pas de même d'une réelle maladie des reins. D'autre part, Mettenheimer et Squire disent que cette complication ne se produit jamais ; Tonge-Smith ne l'a jamais vue, et Hardaway soutient que ce sont là des faits tout à fait anormaux, sinon des erreurs de diagnostic.

La grande majorité des auteurs ne fait aucune mention de l'état des intestins, sans doute parce qu'ils n'ont rien constaté d'insolite. L'existence d'un catarrhe intestinal doit être considérée comme une complication des plus rares. Dans la relation d'une épidémie très sérieuse, Cheadle regarde l'absence de tout catarrhe intestinal comme caractéristique de la rubéole et permettant de faire le diagnostic d'avec la rougeole. Cependant cet accident peut se présenter ; Tompkins a vu dans un cas se produire de la diarrhée ; Balfour fait de l'inflammation du côlon un symptôme commun ; Emminghaus signale l'existence de la gastro-entérite ; Earle l'a constatée dans trois ou quatre cas ; Edwards chez 40 0/0 de ses malades, et il relate dix cas d'entérite et deux d'entérocolite ; Cuomo a fréquemment noté la diarrhée dans des séries de cas qu'il considère comme fort anormaux.

Hatfield a signalé de la stomatite dans deux cas, et Edwards dans quatre ; le même auteur et Earle ont vu se produire des aphthes. D'après Alexander, la rubéole a été suivie d'érysipèle dans plusieurs cas. Un malade de Smith fut pris de varicelle pendant la convalescence. Hardaway a observé à la même période de l'otorrhée et de la blépharite ciliaire ; de Schweinitz, deux cas de kératite phlycténulaire ; Curtmann, des abcès en divers points du corps ; Golson, de la suppuration des ganglions sous-maxillaires ; Earle, Edwards et Slagle, des rhumatismes ; Earle, Slagle et Cullingworth de l'urticaire ; Golson, une sensation d'engourdissement et parfois même une parésie des membres supérieurs et inférieurs qui a duré plusieurs jours ; Slagle, dans six cas, a vu se pro-

duire un gonflement douloureux du corps thyroïde. Thierfelder décrit un œdème du visage; Emminghaus, de l'œdème des jambes; Cheadle, des maux d'oreille; Aitken, Paterson et d'autres auteurs, des convulsions et du délire. Tels sont les accidents de la convalescence que les pathologistes ont relevé jusqu'ici.

Sur les 150 cas inédits que l'auteur a analysés pour son travail, il a noté les complications suivantes : dans deux cas une pneumonie, l'une au quatrième jour, l'autre au septième jour après l'apparition de l'éruption; dans un cas de l'urticaire, dans un cas de l'ictère, dans un cas de la diarrhée avant l'apparition de l'éruption. Chez plusieurs malades qui venaient d'être vaccinés, la rubéole sembla avoir eu une gravité beaucoup plus grande.

Rechutes. — La plupart des auteurs n'en font même pas mention. Parmi ceux qui les considèrent comme fréquentes, on ne peut citer que Kingsley et Cuomo. Le premier dit qu'elles s'observent souvent, et le second les a vues se produire dans les 90 cas anormaux qu'il publie; elles apparaissaient sept à huit jours en moyenne après le début de la maladie, et s'annonçaient par les mêmes symptômes prodromiques, mais moins intenses. Emminghaus les mentionne, mais dit qu'elles sont rares et qu'elles se produisent immédiatement après la disparition de l'exanthème ou après un intervalle de deux semaines environ. Le Dr Griffith en a vu trois exemples; Earle, deux; Edwards, deux également, l'un au quatrième jour, l'autre au vingtième; Golson, un au septième jour. Köstlin et Lindwurm en ont aussi cité des cas.

Pronostic. Mortalité. Traitement. — Règle générale, la rubéole ne présente pas le moindre danger. Telle est l'opinion de l'immense majorité de ceux qui l'ont étudiée. Squire a même dit : « Lorsque la mortalité atteint 3 0/0, la rougeole est présente. » Cependant on peut observer des cas graves, des épidémies sérieuses et la mort peut survenir, d'ordinaire à la suite de complications. Les anciens auteurs anglais, tels que Paterson, Copland, Aitken pensaient qu'il fallait porter un pronostic réservé et qu'une terminaison fatale n'était pas rare. Edwards cite sept cas de mort (4. 23 0/0); Hatfield a eu une mortalité de 9 0/0. Alexander, Hemming, Slagle, Roberts, Cuomo ont également publié des cas de mort.

On a rarement besoin de formuler un traitement actif, on se contente de faire de l'hygiène. On prescrit une diète légère, le séjour au lit pendant quelques jours s'il y a de la fièvre, et à la chambre pendant une semaine ou plus. On traite les complications à mesure qu'elle se produisent. Il faut éviter tout refroidissement.

Conclusions.—Voici, d'après le Dr Griffith, les causes qui ont entouré

la question de la rubéole de tant d'obscurité et donné lieu à tant d'opinions contradictoires :

1° La rubéole est sujette à de grandes variations au point de vue symptomatologique; de plus il y a des cas anormaux et des épidémies anormales.

2° La rubéole qu'ont décrite les anciens auteurs diffère presque complètement de la rubéole que nous connaissons.

3° Chaque auteur moderne a eu de la tendance à faire de ses cas ou de ses épidémies la forme typique de l'affection.

4° On commet facilement des erreurs de diagnostic et les descriptions des cas véritables ne sont pas toujours irréprochables.

Il faut bien savoir aussi qu'il semble que la rubéole soit influencée par les épidémies de rougeole ou de scarlatine concomitantes; elle prendrait alors une physionomie qui ne lui appartient pas en propre. (West.)

Il faut donc, quand on veut en avoir une idée exacte, faire abstraction de toutes ces anomalies, des cas anormaux, des épidémies anormales et d'une gravité exceptionnelle. D'autre part, il faut prendre garde de tomber dans l'excès inverse, car ce serait une erreur de croire que cette maladie soit toujours d'une bénignité excessive. Voici, d'après le Dr Griffith, quelle est la description didactique et fort résumée que l'on peut en donner.

La rubéole est une affection fébrile, contagieuse, aiguë, spécifique, épidémique, que l'on n'a qu'une seule fois dans sa vie, et qui n'a rien de commun avec la rougeole et la scarlatine. C'est une maladie de l'enfance, bien que les adultes n'y échappent pas toujours. L'incubation est fort variable de durée, de une à trois semaines. Les prodromes manquent ou sont fort légers; ils durent rarement plus de douze heures, et consistent en malaise, assoupissement, légers symptômes de catarrhe, légers maux de gorge, parfois mouvement fébrile et tuméfaction des ganglions; les nausées sont rares. L'éruption est maculo-papuleuse; les éléments ont une grandeur qui varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois; ils sont rose pâle, multiformes, d'ordinaire discrets, parfois groupés comme dans la rougeole, parfois confluents comme dans la scarlatine. Ils apparaissent d'abord au visage et s'étendent rapidement sur le corps; la durée de l'exanthème est de trois à quatre jours environ. Il atteint son maximum successivement en divers points, ou bien vers le second jour il est à son acmé au même moment sur tout le corps à la fois. Les symptômes de ce stade sont ceux de la rougeole, mais beaucoup moins intenses; ils peuvent même faire entièrement défaut; ils s'accompagnent d'une angine plus ou moins sérieuse, et de la tuméfaction des ganglions de la région rétro-cervicale. La température varie beaucoup; elle n'est presque jamais élevée et ne dépasse que rarement

101° Fahr.; elle tombe souvent à la normale dès le second jour, mais elle peut persister beaucoup plus longtemps. La desquamation manque, ou bien elle est légère et pityriasique. Les complications et les suites de la maladie sont rares. Le pronostic est favorable, et le traitement souvent inutile. On observe parfois des cas beaucoup plus sérieux, dans lesquels les symptômes sont fort exagérés; la mort peut même survenir; d'ordinaire elle résulte d'une complication.

Diagnostic. — L'auteur termine son importante et fort savante étude par l'exposé méthodique du diagnostic de la rubéole. Il fait ressortir que les caractères les plus importants qui permettent de la distinguer des autres fièvres éruptives sont: la courte durée et le peu d'intensité des prodromes, l'absence ou la bénignité des phénomènes de catarrhe, le peu d'élévation de la température, sa variabilité, la présence d'une angine plus ou moins forte, et de ganglions lymphatiques hypertrophiés aux régions rétro-cervicales et rétro-auriculaires, enfin l'existence d'épidémies. Quand les cas sont isolés, il est à peu près impossible de les reconnaître.

Le Dr Griffith donne ensuite le tableau suivant qui établit le diagnostic différentiel entre la rougeole, la rubéole et la scarlatine.

TABLEAU.

ROUGEOLE.	RUBÉOLE.	SCARLATINE.
INCUBATION.		
14 jours.	Très variable, de 1 à 3 semaines.	De 1 à 7 jours.
SYMPTÔMES PRODROMIQUES.		
Durent d'ordinaire 3 jours. Symptômes de catarrhe, graves du côté du nez et des yeux : toux intense. Léger mal de gorge assez fréquent. Vomissements parfois. Fièvre marquée avec courbe caractéristique.	Absents ou rarement durent plus de 12 à 24 heures. Si les symptômes de catarrhe existent, ils sont d'ordinaire légers. Mal de gorge fréquent. Vomissements fort rares. Fièvre absente ou légère.	Durent 24 heures ou moins. Mal de gorge fort accentué. Vomissements fréquents. Fièvre intense, pouls rapide, symptômes nerveux accentués.
ÉRUPTION.		
Débute par le visage. S'étend graduellement, atteint son maximum sur tout le corps vers le 2 ^{me} ou le 3 ^{me} jour. Dure en moyenne 4 jours. Couleur rouge sombre, souvent pourpre. Papuleuse; disposée en groupes irréguliers ou en croissants.	Débute par le visage. S'étend fort rapidement, soit en s'affaissant en un point avant d'atteindre son plein développement en un autre, soit avec un maximum général de 24 heures. Dure 3 ou 4 jours ou moins. Couleur d'ordinaire pâle ou d'un rouge rosé. Plus ou moins surélevée; taches plus petites que dans la rougeole, discrètes ou confluentes, rarement disposées en groupes.	Débute par le cou et par la poitrine. S'étend fort lentement, maximum atteint le 4 ^{me} jour. Dure d'ordinaire de 6 à 7 jours ou plus longtemps; parfois beaucoup moins. Couleur d'un rouge intense, sombre ou livide dans quelques cas. Tout petits points rouges, confluentes en plaques larges ou généralisées.
SYMPTÔMES DU STADE D'ÉRUPTION.		
Les symptômes graves de catarrhe persistent et s'accroissent, les bronchites graves sont la règle. Parfois mal de gorge. Ganglions parfois engorgés, comme dans la rubéole. Langue fort chargée; dans les cas graves, sèche et brunâtre.	Les symptômes légers de catarrhe persistent ou font leur apparition. Léger mal de gorge presque toujours présent. Ganglions rétroauriculaires et rétro-cervicaux presque toujours augmentés de volume. Langue normale ou avec un fort léger enduit jaunâtre, jamais rouge de fraise ni desquamée.	Coryza dans les cas graves. Le mal de gorge est un symptôme constant des plus caractérisés. Ganglions sous-maxillaires souvent fort tuméfiés. Langue rouge de fraise, puis desquamée.

ROUGEOLE.	RUBÉOLE.	SCARLATINE.
<p style="text-align: center;">SYMPTÔMES DU STADE D'ÉRUPTION (suite).</p> <p>Température à 102-104° Fahr.; monte lentement; son maximum coïncide avec celui de l'éruption.</p> <p>Diarrhée habituelle pendant l'éruption. Albuminurie pas très fréquente.</p>		
<p style="text-align: center;">DESQUAMATION.</p> <p>Furfuracée.</p>		
<p>Température variable, rarement au-dessus de 101°; pas de relation constante entre les maxima de la température et ceux de l'éruption; souvent normale dès le 2^{me} jour. Le pouls suit les variations de la température.</p> <p>Presque jamais de la diarrhée. Albuminurie fort rare.</p>		
<p>Absente ou bien légère et furfuracée.</p>		
<p>Température à 104-105° Fahr. d'ordinaire depuis le début jusqu'au 3^{me} ou 4^{me} jour.</p> <p>Pouls fort rapide.</p> <p>Albuminurie fréquente.</p>		
<p>En larges squames ou en véritables lamelles.</p>		

L. B.

REVUE DE DERMATOLOGIE.

- I. — NOCHMALS DIE UEBERTRAGUNG DER LEPROA AUF THIERE (ENCORE LA TRANSMISSIBILITÉ DE LA LÈPRE AUX ANIMAUX), par le Dr CAMPANA, de Gènes (*Vierteljahresschrift f. Dermatologie und Syphilis*, 1887, n° 2, fascicule 2).
- II. — LA LÈPRE AUX ILES HAWAII, par H. DE VARIGNY (*Revue Scientifique*, 16 juillet 1887).
- III. — MÉMOIRE SUR LA LÈPRE OBSERVÉE A CONSTANTINOPLE, par ZAMBACO (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XXXV).
- IV. — ÉTUDES SUR LA LÈPRE AU BRÉSIL, par A. LUTZ (*Monatshefte f. Dermatologie und syphilis*, 1887, n°s 10 et 11).
- V. — SUR LE TRICHOPHYTON TONSURANS, par E. DUCLAUX (*Comptes rendus de la Société de Biologie*. Séance du 16 janvier 1886).
- VI. — RECHERCHES SUR LA MORPHOLOGIE ET LA BIOLOGIE DU TRICHOPHYTON TONSURANS ET DE L'ACHORION SCHOELEINII, par D. VERUJSKI (*Annales de l'Institut Pasteur*, 24 août 1887).
- VII. — SUR LA TRANSMISSIBILITÉ DU PSORIASIS AU LAPIN, par le professeur TOMMASOLI (*Gazzetta degli ospitali*. Anno VII, n°s 43-44).
- VIII. — UEBER DIE ENTWICKELUNG VON EPITHELIOM AUF PSORIATISCHER BASIS (SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉPITHÉLIOME SUR UNE BASE PSORIASIQUE), par H. v. HEBRA (*Monatshefte f. praktische Dermatologie*, 1887, n° 1).
- IX. — DE LA DESQUAMATION ÉPITHÉLIALE DE LA LANGUE CHEZ LES ENFANTS, par LOUIS GUINON (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, septembre 1887).
- X. — RECHERCHES SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET LA NATURE DE LA LEUCOPLASIE BUCCALE (PSORIASIS BUCCAL), par H. LELOIR. (*Arch. de physiologie*, 1887).
- XI. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GLOSSO-STOMATITE ÉPITHÉLIALE SUPERFICIELLE (PSORIASIS BUCCAL DE BAZIN) ET DE SON TRAITEMENT HYDROMINÉRAL, par PAUL BÉNARD. — Brochure in-8° de 106 pages. Chez A. Delahaye et Lecrosnier, 1887).
- XII. — CANCROÏDES ET LEUCOPLASIE DES NUQUEUSES BUCCALE ET VAGINALE, par PAUL RECLUS (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1^{er} juillet 1887).

- XIII. — NOTE SUR L'ÉRYTHÈME DU CHOLÉRA, par L. QUEYRAT et A. BROCA (*Revue de médecine*, août 1887).
- XIV. — OBSERVATION D'ÉRYTHÈME MERCURIEL SCARLATINIFORME, par BLANC (*Province médicale*, 18 juin 1887).
- XV. — DERMATITIS VENENATA. *Étude de l'action des irritants externes sur la peau*, par JAMES-C. WHITE. In-8° de 316 pages; Boston, 1887. Cupples and Hurd, éditeurs.
- XVI. — DERMATOSES PRODUITES PAR LES SUBSTANCES TINCTORIALES, par le Dr J. CLARK MC GUIRE (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, février 1887, p. 59).
- XVII. — ACCIDENTS CAUSÉS PAR LE CONTACT DU RHUS TOXICODENDRON, par L. PLANCHON (*Montpellier médical*, 16 juillet et 1^{er} septembre 1887).
- XVIII. — DERMATITE VÉNÉNEUSE CAUSÉE PAR LE LEUCANTHEMUM VULGARE, par le Dr JAMES S. HOWE (*Boston medical and surgical Journal*, p. 227, 10 mars 1887).

I. — Selon l'auteur, les bacilles de la lèpre se trouvent dans les cellules du tissu conjonctif et dans les cellules géantes, rarement et en petit nombre en dehors des cellules.

Pour constater ce fait, trois conditions sont nécessaires :

1° La lèpre doit être de date assez récente, et il ne faut pas non plus choisir une lésion ancienne.

2° Il faut avoir recours à une méthode de coloration des bacilles qui n'altère pas le protoplasma des tissus à examiner.

3° Les recherches doivent être faites sur des préparations qui, autant que possible, ne soient pas restées plus de trois jours dans l'alcool absolu.

L'auteur ne se sert plus de l'huile de girofle pour éclaircir les préparations microscopiques, parce qu'elle nuit à la coloration. Pour l'étude du bacille de la lèpre, il a eu recours à la méthode de Gram, à la méthode proposée primitivement par Koch pour la tuberculose, et aussi à la méthode de Lustgarten pour le bacille de la syphilis. Ce dernier procédé a donné de bons résultats; il a l'avantage de décolorer complètement les coupes en ne laissant colorés que les bacilles. A l'aide de cette méthode, Campana n'a pu trouver aucune trace de bacilles en rapport avec les glandes sébacées, contrairement à l'opinion de Babès.

L'auteur donne ensuite quelques détails concernant la biologie et la morphologie du bacille de la lèpre. Le nombre des bacilles diminue avec la durée de la maladie. Ainsi, ce bacille laisse ses traces superficielles dans les tissus dans les dernières périodes de la maladie qu'il a occasionnée. Dans une cellule jeune de granulation d'une nodosité de

date récente, les bacilles sont accumulés en grand nombre; dans une cellule ancienne, ils sont en petit nombre où on n'en trouve plus. C'est ce qui explique la variété des chiffres donnés par les divers auteurs. Dans les infiltrats persistants, on ne rencontre souvent plus de bacilles; çà et là seulement, dans de grandes cellules, on remarque de très petites granulations ressemblant aux spores que l'on voit dans l'intérieur des bacilles. Ces spores ou cocci (*coccothrix* d'Unna) ne se colorent que peu ou pas du tout par la méthode d'Ehrlich, en tout cas, mieux par la nouvelle méthode d'Unna.

Campana a eu l'occasion d'étudier tous les organes d'individus atteints de lèpre. L'examen de tumeurs lépreuses de date ancienne, dans lesquelles il n'y avait plus ou seulement un très petit nombre de bacilles, vient à l'appui de cette opinion que les bacilles se trouvent dans les cellules et non en zooglyphes en dehors de ces cellules.

Voici brièvement les données classiques et anatomiques relatives à un lépreux dont l'auteur a eu l'occasion de faire l'autopsie.

Il s'agit d'un jeune homme de 15 ans environ, atteint de lèpre depuis cinq ans; taches érythémateuses sur diverses parties de la peau, éruption tubéreuse de la face et des membres; éruption vésiculeuse sur les membres, fièvre récurrente.

Infiltration diffuse et considérable de la peau de la face, particulièrement du nez, des joues et du front. Face lisse, brun jaunâtre, brillante. Sur le tronc, nombreuses nodosités, aplaties, rose brunâtre, de grosseur variable, molles au toucher.

La peau de la paume des mains est très amincie, par contre le tissu sous-cutané est épaissi et plus dur qu'à l'état normal; muscles sous-jacents atrophies. Sur les bras et les avant-bras, nodosités papuleuses de différente grosseur et de même nature que celles du tronc. Sur les membres inférieurs, nodosités disséminées; amaigrissement des jambes, peau sèche, flasque, peu épaissie; la couche sous-cutanée est plus épaisse que normalement, atrophie des muscles. Diminution de la contractilité musculaire des membres; le sens du toucher est également diminué ou altéré, ainsi que sur les parties qui sont envahies par des éruptions. Diminution de la sensibilité à la chaleur, à l'électricité, à la douleur. Chromocytométrie (chromocytomètre de Bizzorero), 160 en moyenne.

En résumé, lèpre tubéreuse avec néoplasmes de la peau, de la muqueuse du nez, du palais et du larynx; névrite lépreuse chronique; tuméfaction lépreuse du foie et de la rate; pemphigus lépreux récurrent. Toutes ces lésions furent constatées à l'autopsie.

Expériences sur les animaux. — L'auteur a repris ses recherches sur la transmissibilité de la lèpre aux animaux, et ses nouvelles expériences ont confirmé les premières. Dans ces premières expériences, il cherchait

à démontrer que, dans l'inoculation de fragments de lèpre, ceux-ci étaient absorbés après un certain temps, et qu'il ne restait aucune trace au point inoculé; et que, tant que la résorption n'était pas complète, on pouvait trouver, dans les tissus avoisinants le point inoculé, des traces d'inflammation avec des bacilles lépreux disséminés et provenant de la destruction du fragment inoculé. Des fragments de tissu lépreux dans lesquels il avait constaté la présence des bacilles furent réduits en bouillie claire avec addition d'une solution de chlorure de sodium, et, dans ces conditions, injectés, à l'aide d'une seringue de Pravaz, dans la cavité péritonéale et dans le tissu sous-cutané de plusieurs cobayes. Les fragments de tissu lépreux dont l'auteur se servait avaient séjourné pendant trois ans dans l'alcool absolu.

Au bout de vingt-quatre heures, on déterminait un œdème des membres à l'aide d'une ligature maintenue pendant deux à six heures. Dans une petite quantité du liquide contenu dans l'œdème, recueilli sur une plaque de verre, séché et traité par la méthode d'Ehrlich, on a constamment trouvé des bacilles, des spores et des groupes de bacilles, libres ou accumulés à la façon des leucocytes. Il en était de même dans les coupes des tissus.

Pour simplifier encore l'expérience, l'auteur a injecté de la même manière des bacilles colorés préalablement par la méthode d'Ehrlich, et il a retrouvé les spores et les bacilles dans le liquide de l'œdème produit artificiellement.

Dans l'examen de préparations durcies dans l'alcool absolu, les résultats furent encore plus nets. Les spores ou bacilles étaient dispersés çà et là dans les espaces lymphatiques, mais en petit nombre et d'une couleur rouge rose. Il y en avait sur la surface d'un grand nombre de cellules endothéliales.

Sur une coupe de tissu conjonctif, on voyait non seulement les cellules endothéliales contenant des bacilles à l'intérieur, mais on remarquait encore çà et là des leucocytes produisant une légère infiltration, et portant des bacilles.

L'auteur conclut en disant que l'observation clinique n'est pas invoquée par ceux qui admettent la transmissibilité de la lèpre aux animaux, car il est possible de confondre cette affection avec la tuberculose. Le point capital réside donc dans la démonstration du bacille de la lèpre avec des caractères permettant de le distinguer du bacille de la tuberculose : 1° colorabilité facile avec presque toutes les méthodes et particulièrement avec celle d'Ehrlich en quelques minutes, contrairement à ce qui se passe sous ce rapport pour le bacille de la tuberculose; 2° le grand nombre de ces parasites dans la lèpre, tandis qu'on n'en rencontre que de faibles quantités dans la tuberculose.

Ceci peut s'expliquer non par l'hypothèse que la lèpre peut être produite chez les animaux, mais en ce que les leucocytes peuvent s'approprier les parasites qui, comme des granulations étrangères, flottent dans les tissus lymphatiques de tout organisme dans lesquels elles ont été injectées ou inoculées, comme chez les animaux sur lesquels ont été faites les expériences de l'auteur.

Les cobayes qui ont servi aux dernières expériences de Campana furent conservés vivants de un à huit jours; car il ne voulait plus ici démontrer que l'on trouve des bacilles dans les animaux longtemps après l'inoculation d'une matière lépreuse sans que la maladie existe, mais simplement que, après des injections de tissus contenant des bacilles lépreux morts, on pouvait trouver des traces dans des régions éloignées du point injecté et sur lesquelles des causes d'irritation avaient provoqué un afflux de leucocytes.

A. DOYON.

II. — Cette étude, basée sur l'analyse de nombreux documents officiels publiés par les autorités sanitaires des Iles Hawaii renferme des renseignements intéressants sur la léproserie de ces Iles. Importée aux Iles Hawaii, il y a 30 ou 40 ans, par un Chinois suivant les uns, ou par un chef hawaïen qui revenait de Chine en 1787 suivant les autres, la lèpre fut en tous cas nettement constatée vers 1835 et prit, en 1863, une telle extension que des mesures énergiques furent décidées pour arrêter ses progrès. La moitié d'une Ile, qui est séparée en deux par une chaîne très abrupte, fut consacrée aux lépreux qui durent s'y fixer pour la fin de leurs jours; ils s'y construisirent des huttes et purent continuer à exercer leurs métiers; ceux dont la maladie est trop avancée, pour qu'on puisse espérer la guérison, sont transportés à la léproserie; ils y sont au nombre de 700 environ, sur lesquels 150 meurent chaque année; ils habitent dans deux villages principaux ou dans leur voisinage; l'un de ces villages possède un petit port auquel vient aborder régulièrement le vapeur chargé exclusivement du transport des lépreux des autres Iles à la léproserie; les lépreux vivent comme ils l'entendent, peuvent cultiver des terres qu'on leur prête; ceux qui sont infirmes et hors d'état de travailler reçoivent les soins et les aliments dans des maisons réservées qui représentent autant de petits hôpitaux, renfermant chacun de 4 à 10 ou 12 malades. Le budget de cette léproserie se monte à 230,000 francs par an.

Pour les enfants des lépreux existe un asile spécial, destiné à ceux chez lesquels le mal ne s'est pas encore manifesté: cet asile a été créé afin, d'une part, de restreindre pour ces enfants les chances de la contagion auprès de leurs parents malades et, d'autre part, de ne pas réunir à des enfants sains ces enfants de lépreux chez lesquels le mal,

bien que caché et inaperçu encore, pourrait exister néanmoins et contagionner les sujets sains.

Quant aux lépreux dont la maladie a une marche un peu lente et que l'on peut espérer guérir, bien qu'en réalité on n'ait jusqu'ici enregistré aucun cas de guérison de la lèpre, ils sont conservés près d'Honolulu, dans un hôpital consacré aux affections cutanées et dans lequel tous les lépreux sont d'abord examinés avant d'être envoyés à la léproserie.

Dans ce champ d'observation de la lèpre, des faits nombreux ont été recueillis au sujet de l'étiologie de cette affection, et n'ont pas pu, sur la question de la contagion, amener l'accord entre les divers médecins qui les observaient : aux îles Hawaii, comme en Europe, les médecins sont les uns contagionnistes et les autres non contagionnistes. Voici quelques faits à l'appui de l'une et l'autre opinion recueillis dans les rapports officiels. La blanchisseuse de la léproserie (de l'hôpital) lave depuis dix-sept ans le linge souillé par les patients, rempli de pus et de bacilles, sans prendre le mal bien que, en outre, elle ait vécu avec deux maris lépreux. Un condamné à mort obtint sa grâce à la condition de consentir à ce qu'il fût fait sur lui des expériences sur l'inoculation de la lèpre : les inoculations furent faites sans résultat, quoique les bacilles aient prospéré localement. Dans de nombreux cas de cohabitation prolongée avec des lépreux, des sujets sains n'ont pas contracté leur maladie ; une femme a vécu seize ans avec un lépreux, en a eu quatre enfants, dont trois lépreux, et est restée saine. Des piqûres anatomiques faites dans des autopsies de lépreux n'ont pas engendré la lèpre. D'autre part, les contagionnistes invoquent la fréquence de la lèpre chez les employés de la léproserie (9 0/0 par an), les cas dans lesquels des maris et des femmes l'ont gagnée de leur conjoint, et citent le cas d'un prêtre catholique qui s'est courageusement enfoncé dans la léproserie pour soigner les victimes, et qui a subi les atteintes du mal. De ces faits contradictoires en apparence, il faut conclure, et c'est là l'opinion généralement adoptée par les médecins hawaïens, que la lèpre est contagieuse, mais que le bacille de Hansen a besoin pour se développer et se généraliser de certaines conditions de milieu que tous les sujets ne réalisent pas, d'où la facilité du développement de la lèpre chez certains individus, et la résistance à son apparition chez d'autres. GEORGES THIBERGE.

III. — C'est à l'occasion du rapport fait sur ce mémoire par M. Constantin Paul qu'a eu lieu à l'Académie de Médecine la récente et importante discussion sur la contagiosité de la lèpre : les lecteurs des *Annales* doivent se souvenir encore de la Revue critique que M. Brocq a consacrée à cette question, à la suite de la discussion académique (*Annales de Dermatologie*, 1883, p. 650 et 721) et se rappellent sans doute que

M. Zambaco a nettement et résolument pris parti contre la contagiosité de cette affection. La malpropreté, la misère, le froid, l'humidité, les brusques transitions de température, voilà pour le savant médecin de Constantinople les causes ordinaires du développement de la lèpre; les émotions morales violentes, subites ou prolongées, paraissent quelquefois être tout au moins une cause occasionnelle hâtant l'apparition de la maladie; le lymphatisme et la scrofule y prédisposent également; mais il y a quelque autre cause différente des précédentes, car la lèpre n'affecte qu'un petit nombre des sujets placés dans les mêmes conditions de déplorable hygiène, dans une même famille elle atteint les uns et respecte les autres. Quant à l'hérédité, on ne l'observe que dans un cas sur quatre, et exceptionnellement il s'agit d'une hérédité directe et immédiate.

La seule forme de lèpre observée à Constantinople est la lèpre tuberculeuse, que l'auteur préfère désigner sous le nom de lèpre exsudative.

Quant à la lèpre anesthésique, M. Zambaco ne l'a pas encore observée en Orient; il fait remarquer avec raison que l'anesthésie ne lui est pas spéciale, mais s'observe aussi dans la lèpre tuberculeuse et il lui donne le nom de maladie de Danielsen.

Les différentes races qui composent la population de Constantinople sont très inégalement atteintes par la lèpre : les Juifs fournissent le plus grand nombre de lépreux : les Grecs et les Turcs sont moins sujets à cette maladie; mais M. Zambaco ne l'a pas rencontrée chez les Arméniens, les Albanais, les Persans, les Européens.

La description clinique de la lèpre tuberculeuse est faite avec soin par M. Zambaco. Nous ne la suivrons pas dans ses détails, nous contentant de résumer les variétés observées par l'auteur à Constantinople.

La lèpre léonine est la plus commune : les lésions du visage s'accompagnent souvent d'ulcères très profonds et très larges des membres inférieurs, presque toujours consécutifs à des traumatismes accidentels ayant déterminé, sur la peau infiltrée, tendue, violacée, l'apparition d'une phlyctène remplie de liquide séro-purulent : la fréquence de ces ulcères chez les lépreux de Constantinople paraît due à ce que ces malheureux, exerçant la profession de marchand ambulant ou de manœuvre, sont debout pendant toute la journée.

D'autres fois, la lèpre est discrète; il n'y a que quelques petits tubercules miliaires occupant plusieurs régions de la face et qui restent peu nombreux et peu étendus, même au bout de plusieurs années. Quelquefois il n'y a, avec des ulcères des membres inférieurs, que de très minimes lésions de la face.

Dans des cas plus rares, les lésions présentent une forme circulaire : de petites plaques arrondies ou allongées, occupant la face et les mains, se confondent et se groupent pour former des contours irréguliers, cir-

conscrivant des espaces où la peau conserve sa coloration normale, mais est privée de toute sensibilité : cette forme diffère de la maladie de Danielsen (lèpre anesthésique) par l'existence d'une saillie et d'une infiltration au niveau des parties altérées de la peau, par l'absence de paralysie des muscles des paupières et de la face, par l'absence de déformation des doigts et des orteils.

Dans une autre forme, il se produit des tuméfactions consistantes, semblables à des cordons rosés, de forme irrégulière, mais avec tendance à la forme circulaire et ressemblant aux chéloïdes.

La lèpre, dans les rares cas de guérison spontanée, arrive à ce résultat par destruction des néoplasmes : aussi faut-il recourir aux procédés qui détruisent ceux-ci. M. Zambaco s'est bien trouvé des cautérisations avec le thermo-cautère, lesquelles sont rendues plus faciles par l'anesthésie des tissus envahis par les lésions lépreuses : les surfaces cautérisées ainsi se cicatrisent rapidement et la sensibilité s'y rétablit parfois, ce qui est d'un heureux pronostic. M. Zambaco a parfois constaté, après quelques cautérisations, la disparition spontanée de tubercules lépreux qu'il n'avait pas touchés.

Comme traitement interne, M. Zambaco a employé l'ergotine; l'iodyforme lui a donné de bons résultats; le quinquina et même le fer lui ont paru très utiles lorsqu'il y a anémie et cachexie.

Les ulcères sont lavés à l'eau phéniquée et pansés avec du carbonate de fer.

Enfin les malades doivent être mis dans les meilleures conditions d'hygiène, astreints à la propreté et bien nourris.

Les conditions spéciales des lépreux de Constantinople qui ne sont pas hospitalisés, mais relégués dans le fond de jardins, parfois de cimetières, qui ne sont pas soignés, les religions du plus grand nombre qui interdisent les autopsies n'ont pas permis à M. Zambaco de faire des recherches anatomo-pathologiques sur la lèpre, qu'il considère comme une affection névro-vasculaire dans laquelle la dyscrasie sanguine est souvent la première cause de la perturbation nerveuse.

Six observations détaillées terminent cet intéressant mémoire auquel sont jointes six planches chromo-lithographiées représentant les divers aspects des lésions de la lèpre.

GEORGES THIBIERGE.

IV. — Autant que l'auteur peut s'en rendre compte, on trouve la lèpre dans toute l'étendue du Brésil; d'après Hirsch, elle paraît être plus rare dans le Maranhão et le Rio-Grande. Dans un journal politique du chef-lieu de la première de ces provinces, on donne 14 cas de mort pour une année, ce qui, avec la faible mortalité de la lèpre, indique une extension assez considérable, alors même que ces chiffres correspondraient à

d'autres districts; pour le Rio-Grande, on ne sait pas si c'est la partie septentrionale ou méridionale de cette province, c'est probablement la dernière qui, malgré son éloignement, est représentée à l'hôpital des lépreux de Rio-de-Janeiro et c'est également celle sur laquelle s'étend le domaine de la lèpre jusque sur les rives de la Plata et même au delà. Toutefois la lèpre paraît exister dans tous les grands districts du Brésil et être assez uniformément répartie; cependant, dans quelques régions circonscrites, on observe une augmentation assez notable du chiffre moyen. Dans la région où réside l'auteur, à Limeira, ce dernier estime que sur 10,000 habitants il y a 10 à 15 cas de lèpre, tandis que dans la capitale que l'on peut considérer comme représentant la moyenne pour les régions peu infectées, la proportion est, suivant Azevedo Lima, de 5 sur 10,000. D'après le dernier recensement, il y aurait au Brésil 5,000 lépreux sur une population évaluée à dix millions d'habitants d'origine très variée; cependant Lutz croit que le chiffre total serait de près de 10,000, si même il n'est pas plus élevé.

D'après Wucherer (cité dans l'ouvrage de Hirsch), les renseignements que l'on possède sur la lèpre au Brésil ne remontent pas au delà de l'année 1755; mais comme on ne signale cette maladie comme fréquente à Rio-de-Janeiro que peu d'années après, elle existait certainement déjà bien avant dans ces deux localités. A Bahia, ainsi que dans la province de Paraná, en outre dans la Guyane, les Indes orientales et l'Uruguay, il faut faire remonter la maladie à l'importation d'esclaves noirs. Il semble en tout cas que, dans une partie des régions fournissant des esclaves, la lèpre était endémique; mais d'autre part il y a un fait très frappant, c'est que les mêmes États à esclaves, qui ont été cultivés par des individus venant de pays lépreux, ont produit beaucoup plus de lépreux que d'autres, par exemple les États-Unis. Il est à peine permis de supposer que parmi les millions de Portugais immigrants soit de la mère patrie, soit des îles et des autres colonies, un petit nombre ait été infecté de lèpre — l'auteur avait même parmi ses malades numériquement peu nombreux un cas importé — il venait des colonies espagnoles.

Si parmi les nègres d'Afrique, dont il y a aujourd'hui encore un nombre assez considérable au Brésil, on a rencontré quelquefois la lèpre, ils avaient vécu en général longtemps au Brésil avant l'apparition des symptômes; l'auteur ne connaît pas d'exemple où un d'entre eux ait apporté directement la lèpre. Par contre, il connaît plusieurs cas dans lesquels des étrangers, venant de pays indemnes de lèpre, la contractèrent ici au bout de peu de temps. Il croit donc que l'on ne doit accuser ni exclusivement, ni sans réserve l'importation des esclaves. Par contre, il est assez fréquent que des nègres lépreux, en cachant leur maladie, changent de maître, ou passent d'une province dans une autre; l'auteur

a vu parmi les esclaves de sa région quelques cas qui venaient de la province de Bahia.

Il est difficile d'établir si la lèpre est plus fréquente aujourd'hui qu'autrefois, même dans la capitale. On rencontre toujours dans les rues une ou deux douzaines de mendiants atteints de lésions lépreuses graves, et un observateur superficiel pourrait croire que cette région est très infectée, bien que peut-être ces malades se répartissent sur plusieurs années et que la plupart soient venus de loin dans la capitale. Si la mendicité est interdite et si les malades sont transportés dans un asile, l'épidémie disparaît comme par enchantement et on n'entend que très rarement parler de nouveaux cas, sans que la fréquence se soit réellement abaissée. Ceci est vrai pour les grandes villes; à l'intérieur, on trouve de nombreuses localités où il y a une augmentation lente, le plus souvent proportionnelle à l'accroissement de la population. Il est actuellement impossible de préciser ces rapports, la lèpre étant souvent confondue avec d'autres maladies.

Il n'y a pas au Brésil, parmi les différentes populations qui l'habitent, de prédisposition de race à contracter la lèpre, toutes peuvent en être également atteintes. Dans la province de São Paulo, on trouve beaucoup de nègres lépreux, mais c'est là aussi où le travail des noirs est le plus actif et par conséquent aussi où les nègres sont le plus nombreux; d'autre part il en vient beaucoup du nord, qui dissimulent leur maladie, et, enfin, chez eux, par exemple, la forme anesthésique se révèle par suite des mutilations qui sont plus fréquentes dans cette variété. Les étrangers deviennent lépreux dans la même proportion que les indigènes; parmi les Allemands qui résident au Brésil, l'auteur connaît une demi-douzaine de lépreux. En général, la population agricole est plus fortement atteinte que celle des villes; mais, chez la première, les riches comme les pauvres sont également malades. Comme dans les autres maladies infectieuses, un sexe n'est pas plus infecté que l'autre.

En ce qui concerne l'âge, il n'y a aucune remarque particulière à faire. Avec l'âge, la fréquence de la lèpre augmente jusqu'à ce que l'âge lui-même vienne y mettre un terme. On trouve peu d'enfants et de vieillards lépreux. On ne peut pas apprécier ces rapports dans les hôpitaux; c'est ainsi que l'asile de Rio renferme un nombre très considérable de jeunes malades, tandis que dans la clientèle privée ou parmi les mendiants on en rencontre très rarement.

L'auteur donne quelques détails sur les léproseries du Brésil et sur les matériaux qu'il a utilisés pour ses observations. Viennent ensuite les renseignements recueillis par le Dr Lutz sur l'extension de la maladie au Brésil.

L'auteur s'occupe d'abord de la question de l'hérédité et de la conta-

gion. Les cas multiples observés dans une même famille peuvent s'expliquer de deux manières, par transmission héréditaire et par infection. Il n'admet le premier mode de transmission que pour les cas où un symptôme spécifique, quelque léger qu'il soit, est constaté dans les premières semaines de la vie de l'enfant. Pour les cas plus tardifs, ou du moins pour la plupart d'entre eux, il croit pouvoir repousser l'hérédité par suite des conditions éminemment favorables à l'infection qui résultent des soins donnés à l'enfant.

D'après les observations de Lutz, la lèpre est moins contagieuse que la tuberculose, et l'isolement des lépreux est non seulement inhumain, mais inconséquent, car la lèpre n'est pas plus dangereuse ni moins curable que la tuberculose.

Si l'on ne peut nier la transmissibilité de la lèpre, les conditions de cette transmissibilité sont d'une nature si spéciale et si compliquée qu'elles ne se rencontrent que rarement dans le voisinage immédiat des lépreux et que le séjour dans un pays où existe la lèpre est à peu près aussi dangereux que la fréquentation intime d'un lépreux.

Lutz a observé trois cas seulement dans lesquels l'hérédité ou l'infection dans la famille ont pu jouer un rôle. Dans 17 autres cas, malgré des rapports de famille très étroits, il n'y a pas eu contagion.

En résumé, l'auteur regarde la lèpre comme une affection difficilement transmissible; la contagion directe n'est observée que très rarement, et par suite l'infection même dans la famille ne joue qu'un rôle insignifiant. Éviter le contact direct avec les lépreux n'est pas une garantie contre la maladie. Il est à peu près certain que la contagion ne peut pas avoir lieu par l'épiderme intact du malade. La transmission héréditaire ne joue qu'un rôle insignifiant dans la persistance de la maladie. Celle-ci ne se maintient que par la production de nouveaux cas sporadiques dans des familles jusque-là indemnes.

Lutz donne ensuite quelques renseignements sur les croyances populaires au Brésil relativement aux lépreux, sur leur sort misérable et sur l'insuffisance des léproseries.

Il s'occupe ensuite des divers types de lèpre et de leur fréquence relative. Il admet une lèpre tubéreuse, une lèpre des nerfs et une lèpre maculeuse; puis des formes mixtes réunissant les caractères de deux ou des trois variétés ci-dessus, mais seulement après une certaine durée de la maladie. Au Brésil, la lèpre des nerfs serait la plus fréquente, puis la forme maculeuse, la lèpre tubéreuse serait la plus rare.

Lèpre tubéreuse. — L'auteur n'a pas eu l'occasion d'observer les débuts de cette variété de lèpre sur l'homme sain, mais il a vu les éruptions consécutives, et une fois les premières manifestations de cette forme chez un malade atteint déjà de lèpre des nerfs. L'éruption des nodosités est

précédée de mouvements fébriles plus ou moins prolongés, offrant dans plusieurs cas le type continu, avec température d'environ 40°. La forme la plus fréquente de l'affection consécutive est celle de l'érythème noueux. L'érythème noueux de la lèpre se distingue des formes observées généralement par l'absence d'une décoloration consécutive, par l'absence de desquamation et par la transformation habituelle d'une partie des nodosités en nodosités persistantes. Un de ses malades atteint, depuis environ deux ans, de lèpre des nerfs et en outre, depuis peu de temps, de périchondrite laryngée, de perforation de la cloison, mais sans lésions cutanées, fut pris de phénomènes fébriles avec plaques infiltrées de la peau qui rappelaient l'érythème noueux et n'avaient par contre aucune ressemblance avec les taches ordinaires de la lèpre maculeuse. L'examen microscopique d'une de ces nodosités démontra qu'elle était presque exclusivement composée de tissu conjonctif œdématisé; le pannicule adipeux était fondu en une masse d'apparence gélatineuse.

Le salicylate de soude à haute dose fit disparaître en quelques jours tous ces infiltrats durs et la plaie guérit par première intention.

Cette disparition rapide des nodosités récentes de la lèpre observée fréquemment par l'auteur l'a conduit à penser qu'il ne s'agissait pas dans ces cas, comme dans les lépromes, d'une tumeur cellulaire. En effet, l'examen microscopique ne démontra dans l'infiltrat ci-dessus qu'un petit nombre de cellules de granulation le long des petites artères et des capillaires. En quelques points, la paroi vasculaire était méconnaissable par suite de la formation d'amas fusiformes de cellules de granulation qui manifestement paraissaient en provenir; en d'autres points, on la reconnaissait encore nettement. Dans l'axe des amas de cellules fusiformes, et dans la coupe des vaisseaux, quand ceux-ci étaient reconnaissables, on trouvait des amas caractéristiques d'organismes semblables à des bacilles. En outre, en quelques points, il y avait des traînées étroites de corpuscules blancs du sang dont les noyaux se coloraient plus fortement que ceux des cellules de granulation. Ça et là, on voyait, en dehors des amas de bacilles, les petites granulations, arrondies, analogues à des cocci que l'auteur a le premier signalés comme faisant normalement partie des microbes de la lèpre. Seulement, en quelques points voisins de la peau, on rencontrait des traînées cellulaires plus larges qui présentaient la structure du léprome, les masses de cellules et de zoogloées s'entrecroisaient d'une manière irrégulière; mais la plus grande partie du tissu cutané et sous-cutané, même à l'intérieur de la nodosité, ne montrait aucune prolifération, l'infiltrat était visiblement séreux et non cellulaire.

Unna avait déjà signalé la situation des microbes de la lèpre dans les vaisseaux. Mais jusqu'à présent on n'avait que rarement observé cette

disposition des microbes et on regardait les vaisseaux et les espaces lymphatiques comme leur siège principal ; dans le cas où l'auteur a eu l'occasion d'assister aux premières phases du processus, les amas de zooglées se trouvaient dans le calibre des vaisseaux.

Ce fait confirmerait l'hypothèse déjà émise que l'érythème noueux serait ici dû à une embolie mycosique des vaisseaux de la peau. Les microorganismes se multiplient sans doute rapidement dans les vaisseaux et les obstruent en partie. La stase veineuse amènerait une issue du sérum contenant les petites granulations analogues aux cocci ; ceux-ci s'accumuleraient d'abord dans le voisinage des vaisseaux, puis dans les espaces lymphatiques, se transformeraient ensuite en bacilles en même temps que se formeraient des cellules de granulation. C'est ainsi que l'auteur explique la formation du lépromè. Dans d'autres cas, la colonie avorte, le sérum est résorbé et il ne se produit pas de nodosités, ou on sent tout au plus à un examen attentif quelques épaississements filiformes qui probablement correspondent aux proliférations périvasculaires.

La présence des microbes dans la circulation est sans doute la cause de la fièvre.

Rarement les nodosités restent limitées au tissu sous-cutané. Quand elles sont isolées et en très petit nombre, la fièvre peut faire défaut. Le développement des nodosités est parfois accompagné de prurit.

Lutz distingue deux formes de lépromes. La première est de beaucoup la plus fréquente sur le tronc et sur les membres ; elle est constituée par des nodosités arrondies ou ovales, jaunâtres ou rouge brun, du volume d'une lentille à celle d'une pièce d'un franc. Elles peuvent être plates ou légèrement arrondies, d'ordinaire saillantes, parfois pédiculées, fibromateuses. Leur consistance est toujours assez ferme. Cette forme s'observe aussi à la face, soit isolée, soit combinée avec l'autre, elle donne alors un aspect repoussant.

La deuxième forme est rare en dehors de la face et des oreilles et limitée ordinairement à la face dorsale des doigts et des orteils, ou bien se manifeste à l'état de gonflement diffus, de la consistance des engelures.

Sur la face où cette variété se rencontre souvent seule ou prédominante, elle se traduit par une infiltration plate de quelques parties de la peau ; les plis cutanés normaux sont hypertrophiés, mais il n'y a pas de nodosités proprement dites. La consistance est moins ferme par suite du manque de tension, elle rappelle celle d'un léprome ou d'un fibrome mou et il est difficile d'apprécier au toucher les limites du néoplasme. Dans cette variété, le lobule de l'oreille est souvent très déformé et la face prend en général une expression comique.

Assez souvent les deux formes se combinent, des nodosités surviennent sur les lépromes diffus. Dans toutes les deux, la chute partielle ou complète des cils est fréquente.

Les lépromes une fois bien formés persistent très longtemps. Généralement ceux recouverts d'une couche cornée ne subissent pas la fonte purulente, mais le moindre traumatisme qui altère la couche cornée amène la suppuration. On trouve dans l'exsudat des staphylococci et d'autres microbes pour lesquels le granulome de la lèpre constitue un excellent terrain de nutrition.

Il en est autrement pour les nodosités des muqueuses. Ici l'ulcération est la règle et cela souvent de très bonne heure. La cloison du nez est souvent perforée dès le début. L'auteur attribue cette décomposition rapide aux nombreux microbes qui pénètrent du dehors dans les cavités muqueuses.

Quand les nodosités cutanées sont résorbées spontanément ou à la suite du traitement, la couche épidermique devenue trop large forme des plis qui persistent longtemps. Dans la résorption des lépromes anciens, il se produit facilement de nouvelles embolies.

Les formes tubéreuses avec ulcération des muqueuses seraient, d'après Lutz, les plus dangereuses au point de vue de la contagion.

La prétendue influence favorable d'un changement de climat, aussi bien pour la lèpre tubéreuse que pour les autres variétés, paraît très problématique à l'auteur. Il ne connaît pas de cas de guérison spontanée de lèpre tubéreuse ni en Europe, ni au Brésil. Le diagnostic présente peu de difficultés, en tout cas le microscope exclut toute erreur.

A. DOYON.

V. — Dans cette note, M. Duclaux vient infirmer ce que Grawitz avait dit au sujet de l'identité de l'*oidium lactis* avec le champignon de l'herpès tonsurant, celui du favus, celui du pityriasis versicolore et celui du muguet. Contrairement aux faits avancés par Grawitz, le savant expérimentateur français a toujours obtenu, par la culture du trichophyton dans du bouillon de veau, la reproduction de ce seul champignon; la culture de ce champignon dans du lait, où elle réussit très bien, ne lui a jamais montré les formes bien connues de l'*oidium lactis*. De plus, l'*oidium lactis* ne lui a jamais donné le trichophyton. Les résultats ont été les mêmes pour le *microsporon furfur* et pour le champignon du favus. Dans une note ultérieure, Grawitz a reconnu qu'il s'était trompé en assimilant le *trichophyton tonsurans* à l'*achorion schælenii* et à l'*oidium albicans*. Il ne reste donc plus rien des premières affirmations de Grawitz. Ce qui explique son erreur, fait observer M. Duclaux, c'est la variété de formes et de modes de fructification que l'on constate chez

le trichophyton, lorsqu'on change le milieu de culture ou que la culture est plus ou moins ancienne.

GEORGES THIBERGE.

VI. — Ces recherches sont la continuation et le développement de celles de M. Duclaux, dans le laboratoire duquel elles ont été poursuivies : elles montrent clairement, contrairement à ce qu'avait avancé Grawitz, que les champignons de la trichophytie et du favus sont absolument distincts l'un de l'autre. Lorsque les champignons sont cultivés dans les milieux qui leur sont moins favorables, leurs formes de souffrance arrivent à présenter d'assez grandes ressemblances ; mais il cesse d'en être ainsi lorsqu'on choisit les milieux qui leur conviennent le mieux, alors chacun de ces champignons prend sa forme typique, normale, différente pour l'un et pour l'autre.

Ce sont les milieux liquides qui sont surtout favorables au développement de ces deux champignons ; mais, parmi eux, certains sont favorables au développement de chacun d'eux, d'autres sont favorables soit à l'un soit à l'autre et défavorables au second. Le bouillon de veau, simple ou peptonisé, le petit lait, le liquide d'ascite, le bouillon Liebig sont de très bons milieux de culture, surtout pour le *trichophyton*. L'eau de navets, le moût de raisins secs, mais surtout l'eau de malt pour le *trichophyton* et l'eau de touraillons pour l'*achorion* constituent les milieux de culture par excellence.

Dans l'eau de malt, le *trichophyton* produit, trois ou quatre jours après l'ensemencement, des touffes flottantes dont les plus superficielles donnent aussitôt des filaments aériens ; les flots ainsi formés s'agrandissent peu à peu sur leurs bords par étalement du mycélium et se couvrent peu à peu, du centre à la périphérie, d'une couche cotonneuse et blanche de filaments sporifères ; ces flots finissent par se rejoindre et on a alors à la surface une véritable membrane épaisse, élastique, blanche et nacrée en dessus, plus ou moins pigmentée en dessous, adhérent assez fortement aux parois du vase. Dans la culture jeune, les filaments mycéliens sont rameux, cloisonnés et à peu près cylindriques, les filaments aériens sont fins, réguliers et peu rameux et présentent bientôt de tous côtés des bourgeons arrondis qui s'allongent en même temps que leur point d'implantation s'amincit, et, à l'extrémité de ces bourgeons, on voit se former les spores. Dans les profondeurs du liquide se forment alors les spores mycéliennes ou conidies. Dans les très vieilles cultures, on rencontre aussi ces rendements et cette division cellulaire dans les filaments aériens, qui finissent par se dégrader en cellules moins arrondies et beaucoup plus grosses que les spores aériennes normales.

Dans l'eau de touraillons, l'*achorion* présente, huit ou dix jours après

l'ensemencement, des touffes mycéliennes isolées qui confluent parfois, mais plus souvent restent éparses. Au bout de deux ou trois semaines, quelques-unes de ces touffes isolées atteignent la surface du liquide et commencent à former des filaments aériens avec spores. La pigmentation du mycélium immergé dans le liquide, plus prononcée que pour le *trichophyton*, se fonce à mesure que la culture avance. La couche superficielle avec filaments aériens forme des tubercules épais et solides, de forme irrégulière, s'élevant au-dessus du liquide voisin; les bords de ces tubercules sont plus élevés que le centre, qui forme un godet plus ou moins accusé. Les filaments sporifères se désagrègent vite, ce qui rend toujours farineuse la surface des vieilles cultures. L'odeur, comparée en clinique à celle de la souris, est plutôt celles des matières animales en décomposition non putride et se retrouve dans tous les milieux où on a cultivé l'*achorion* et sur le champignon lui-même et est due, sans aucun doute, à ce qu'il consomme exclusivement de la matière albuminoïde.

Les milieux solides sont moins favorables à la culture de ces champignons qui s'y développent plus lentement et en moindre abondance. Le *trichophyton* s'y développe mieux que l'*achorion*. Dans les deux cas, la gélatine se liquéfie, et le liquide se colore en jaune intense, plus accusé pour l'*achorion*, mais encore assez intense pour le *trichophyton*. Le *trichophyton* forme une couche blanche de filaments aériens, l'*achorion* des flots isolés, et dans quelques cas des godets tout à fait semblables à ceux observés sur le cuir chevelu, ce qui prouve que cette forme n'est pas due à la présence d'un poil central mais est le résultat du processus physiologique de croissance. Au contraire, la culture du *trichophyton* présente souvent le centre de la plaque plus développé que les bords et forme une sorte de bouton en saillie. Quand ces cultures successives ont été faites en milieux solides, les saillies deviennent moins prononcées.

Sur les cochons d'Inde, comme dans les divers milieux de culture, le *trichophyton* se développe toujours plus tôt que l'*achorion*, et les deux espèces conservent leur différence d'épaisseur et de forme des filaments.

L'acidité est défavorable au développement du *trichophyton* et de l'*achorion*; cependant tant que l'acidité ne dépasse pas celle qui correspond à 2 ou 3 décigrammes d'acide tartrique par litre, la culture est plus abondante que dans le même liquide neutralisé; mais à 5-8 décigrammes, l'influence de l'acidité devient nuisible, et avec 1^{er},33 d'acide tartrique ou 1^{er},19 d'acide acétique par litre, les spores ensemencées restent inertes pendant de longs mois, mais se développent si on neutralise le liquide.

L'alcalinité entrave moins que l'acidité le développement des spores.

La culture des deux champignons peut se faire à la température ordinaire de 13°, mais elle est lente ; elle est déjà beaucoup plus rapide à 23° et c'est vers 33° qu'elle marche le mieux ; au-dessus de 36° elle est déjà entravée et à 38° le *trichophyton* ne donne que du mycélium et pas d'organes fructifères aériens.

Le *trichophyton* consomme le sucre des milieux où il se cultive, en formant de l'acide oxalique ; mais l'*achorion* ne touche pas au sucre dans les milieux favorables et y touche à peine dans les milieux défavorables.

Le *trichophyton* consomme beaucoup de matières hydrocarbonées, l'*achorion* au contraire consomme surtout les matières azotées.

Ce sont là autant de différences qui accusent la distinction du *trichophyton* et de l'*achorion*.

La glycérine en faible proportion (moins de 10 à 15 0/0) favorise la production des deux champignons ; en proportions plus considérables, elle l'entrave.

L'alcool ajouté à la culture en proportions inférieures à 4 0/0 ralentit la croissance ; à 4 0/0 il l'arrête et les spores restent inertes encore au bout de plusieurs mois.

Le salicylate de soude à 4 0/0 n'a aucune action favorable ou défavorable sur la culture des champignons.

L'essence de térébenthine en vapeur ou mélangée à la dose de 2 ou 3 gouttes au liquide de culture, le chloroforme, l'acide acétique, l'ammoniaque, la teinture d'iode, l'essence de Wintergreen, sous forme de vapeur, le sublimé à la dose de 1/2500 et 1/5000, l'acide phénique aux doses de 1/500, 1/1000 et 1/2000, le nitrate d'argent à la dose de 1/2500 et 1/2000, le sulfate de cuivre à la dose de 1/1000 et 1/2000, le borax à la dose de 1/1000, 1/2000 et 1/4000 sont au contraire des antiseptiques très actifs.

Si la teigne et le favus sont des affections si rebelles, ce n'est pas que le champignon soit difficile à tuer, c'est qu'il est difficile à atteindre dans la gaine du poil. L'auteur pense qu'il y aurait intérêt à essayer les vapeurs qui pénétreraient partout et surtout celles des vapeurs acides, telles que celles de l'acide acétique, auxquelles les deux champignons semblent particulièrement sensibles.

GEORGES THIBIERGE.

VII. — Les recherches de l'auteur ont été inspirées par une communication du Dr Lassar, à la Société de médecine de Berlin. Le Dr Lassar avait présenté 3 lapins auxquels il était parvenu à donner un psoriasis à la suite de frictions répétées avec des squames recueillies sur un psoriasis.

Le Dr Tommasoli renouvela cette expérience en la modifiant légèrement :

Il essaya des divers procédés suivants :

Sur le dos d'un lapin, préalablement rasé, frictions avec la lymphé sanguinolente recouvrant une plaque de psoriasis dénudée.

Incision avec le bistouri qui avait servi à recueillir cette lymphé.

Injections sous la peau et dans le péritoine de lymphé ou de squames délayées dans du chlorure de sodium.

Injections dans la jugulaire.

Il réussit à reproduire plusieurs fois sur les animaux en expérience des lésions cutanées offrant tous les caractères cliniques et anatomopathologiques du psoriasis.

Quand les éléments inoculés ou injectés provenaient d'un lapin, la période d'incubation était notablement plus courte que lorsqu'ils provenaient d'un homme.

A. SIREDEY.

VIII. — Il n'existait jusqu'à présent dans la science que trois cas de cette affection, le premier a été observé par Cartaz (*Gazette des hôpitaux*, 1878, p. 750), les deux autres par James C. White (*American Journal of med. sciences*, janv. 1885). Voici un quatrième fait.

Ce cas actuel concerne un homme d'âge moyen, de Dusseldorf, bien musclé et dont tous les organes paraissaient sains. Hebra le traita à deux reprises d'un psoriasis, en 1878 et en 1880. A l'âge de 16 ans, cette affection s'était manifestée pour la première fois. Il avait suivi de nombreux traitements avec plus ou moins de succès ; mais ce n'est qu'à partir de 1864 qu'il eut quelques années de répit. En 1867 il se maria, et deux ans après il eut une nouvelle récurrence d'une intensité exceptionnelle. Lors de son premier séjour à Vienne, le psoriasis ne présentait rien de particulier ; à son retour, au bout de deux ans, l'éruption offrait déjà un aspect verruqueux particulier, au point qu'il fut nécessaire d'intervenir mécaniquement et énergiquement pour faire disparaître ces dépôts d'épithélium. Les plaies se cicatrisèrent rapidement et le processus parut s'améliorer.

Des bains quotidiens d'une heure à une heure et demie, et un traitement médicamenteux consécutif semblèrent enrayer la maladie primitive de la peau ; toutefois les néoplasies verruqueuses des petites plaques psoriasiques continuèrent de se développer.

En 1881, Hebra revit le malade et fut frappé des changements qui s'étaient produits depuis un an. Sur presque toutes les anciennes excroissances verruqueuses il s'était fait des crevasses, qui, au début, formaient des rhagades et des fissures, plus tard des pertes profondes de substance d'où s'élevaient encore des débris des productions verruqueuses ; en même temps le nombre des excroissances épithéliales avait considérablement augmenté. Hebra conseilla au malade soit le raclage de tous les points atteints, soit la cautérisation avec la pâte de Landolfi. En dix-huit séances on enleva la plupart de ces excroissances, la cicatrisation fut rapide. Cependant elles se reproduisaient toujours en nombre plus considérable ; la femme du malade en compta jusqu'à 120.

Sur la cuisse droite il y avait un ulcère qui s'étendait de plus en plus en surface, et saignait facilement au plus léger contact.

Déjà, lors de sa dernière visite, Hebra avait pensé que l'on avait affaire à une hétéroplasie. Le malade ne pouvant venir régulièrement à Vienne et y suivre un traitement méthodique, s'adressa dans l'automne de 1883 au Dr Leichtenstern. Voici le résumé du rapport que ce dernier a envoyé à l'auteur.

Tout le corps était envahi par un psoriasis guttata et nummulaire. Le cuir chevelu était le siège d'un psoriasis diffus, sauf à la limite des cheveux où la peau était saine. Sur la tête et le tronc l'affection avait l'aspect typique du psoriasis.

Il en était tout autrement sur les membres ; la plupart des efflorescences étaient circulaires, leur aspect différait du psoriasis ordinaire. Les squames ne reposaient pas sur une base rouge ; elles avaient une teinte gris sale, brun pâle, presque semblable à l'épiderme environnant ; leur surface n'était pas unie, mais rugueuse, verruqueuse.

Ce qui était particulièrement intéressant, c'étaient trois ulcérations encore assez superficielles qui étaient recouvertes de granulations rouges récentes. L'un de ces ulcères, de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, à bords renversés, était situé sur le bras droit, — le deuxième sur le trochanter du même côté, il était un peu plus creusé, rouge vif, ses dimensions un peu plus grandes aussi que celles du précédent, — le troisième, de l'étendue de la main, était placé sur le côté externe de la cuisse droite.

Ces ulcères avaient résisté à tous les traitements, tandis que le psoriasis du cuir chevelu et du tronc avait presque complètement disparu. On racla tous les points psoriasiques anciens et verruqueux et les trois ulcères cutanés. Le résultat fut très satisfaisant sur les efflorescences verruqueuses, négatif sur les deux ulcères de la cuisse. Celui du bras guérit entièrement. Les deux grands ulcères de la cuisse creusèrent de plus en plus : on dut les racler encore une fois ; ils commencèrent alors à se recouvrir d'une mince pellicule cicatricielle. Mais peu à peu cette cicatrice se décolla, se souleva et il se produisit un nouvel ulcère encore plus profond que les précédents. Les traitements locaux et généraux les plus rationnels furent employés sans succès. A Pâques 1884, forte récurrence du psoriasis typique, de plus nouvelle apparition d'une grande quantité d'efflorescences psoriasiques verruqueuses ; nouveau raclage de ces dernières et des ulcérations des cuisses.

Le 6 octobre, quoique l'état général du malade fût toujours satisfaisant et son appétit excellent, les ulcères prirent une marche de plus en plus envahissante en profondeur et en surface. Raclages répétés, fer rouge, pansement avec le diachylon. Enfin, le 18 novembre, on excisa l'ulcère situé au-dessus du trochanter, puis greffe cutanée. Quinze jours après nouvelle récurrence. En même temps on observe le marasme cancéreux avec fièvre, et perte rapide des forces ; mort quelque temps après.

L'examen des parties raclées, points psoriasiques, verruqueux et ulcères, donna les résultats suivants : Sur les premiers, hyperplasie épidermique énorme, dépôt considérable de squames épidermiques desséchées ; la couche muqueuse était par contre très peu développée mais les papilles visiblement augmentées de volume et élargies ; hyperplasie conjonctive prononcée de tout le chorion et des papilles, principalement tout autour des follicules pileux et des glandes sébacées ; ça et là infiltration de petites cellules.

Dans les parties raclées des surfaces ulcérées, Leichtenstern ne trouva que des épithéliums volumineux ; ça et là aussi un nid entouré d'épithéliums ; le chorion était encore intact ; prolifération épithéliale considérable n'ayant pas encore dépassé la limite du derme vers la partie inférieure. On pouvait déjà

regarder la prolifération cellulaire épithéliale comme « atypique » quoiqu'il ne s'agissait pas encore du polymorphisme cellulaire particulier au carcinome.

Toutes les cellules présentaient le caractère de cellules proliférées du réseau.

Quelques mois plus tard, l'examen microscopique démontra d'une manière positive l'existence du cancer épithélial. Nids de cellules au centre du chorion, entourés de tissu conjonctif, avec prolongements cancéreux s'enfonçant dans le chorion; d'autre part des proliférations de tissu conjonctifs s'élevaient à la partie supérieure; les cellules épithéliales présentaient aussi le polymorphisme connu des cellules cancéreuses. Les ulcères sécrétaient un liquide putride, les cellules cancéreuses superficielles avaient tous les caractères microscopiques de désagrégation.

Jusqu'à présent on avait considéré le psoriasis comme une affection peu dangereuse. Or les cas de Cartaz, ceux de White et ce dernier exigent que dorénavant on fasse certaines réserves pour le pronostic. Dans les cas de psoriasis verruqueux, on devra enlever immédiatement et complètement les saillies verruqueuses pour s'opposer à leur hétéroplasie.

Dans son traité des maladies de la peau, H. v. Hebra, s'appuyant sur l'opinion d'Auspitz, a considéré le psoriasis comme une parakératose et la range dans les épidermidoses. Dans le psoriasis, il n'y a que les cellules du réseau qui soient altérées d'où résultent les symptômes connus de cette maladie; dès que les mêmes conditions de prolifération atteignent la couche épineuse, elles déterminent nécessairement le développement de formations verruqueuses; ceci donne lieu au passage d'un parakératome dans une hyperakanthose et de celle-ci dans une parakanthose (carcinome épithélial). Ces observations portent un nouveau coup à l'opinion de ceux qui considèrent le psoriasis comme étant de nature inflammatoire.

A. DOYON.

IX. — Interne à l'hospice des Enfants-Assistés, M. L. Guinon a voulu étudier, sur le terrain même où Parrot l'avait observée, la desquamation épithéliale de la langue que cet éminent médecin avait rapportée à la syphilis héréditaire et que les auteurs suivants ont démontrée n'être nullement d'origine syphilitique.

M. L. Guinon décrit trois variétés de desquamation épithéliale de la langue :

1° La glossite exfoliatrice marginée; c'est la variété la plus fréquente, celle à laquelle répondent les descriptions de Parrot, de Lemonnier, etc.; elle est assez connue pour que nous n'ayons pas à résumer ses caractères cliniques. M. L. Guinon insiste sur ce fait, que les maladies générales aiguës et fébriles amènent sa disparition. L'examen histologique du produit de raclage du liséré lui a montré, à côté de cellules épithéliales déformées, granuleuses, de nombreuses cellules normales; des coupes de la muqueuse faisaient voir que l'épithélium n'avait jamais complète-

ment disparu et formait toujours au moins une couche mince au sommet des papilles et que le derme (sauf le cas de complication de diphthérie linguale) était normal, et ses vaisseaux non dilatés. D'après 44 cas observés par lui, M. Guinon établit que la plus grande fréquence de la maladie se voit de l'âge de 6 mois à celui de 4 ans et qu'elle disparaît à peu près complètement après l'âge de 6 ans, pour devenir exceptionnelle à un âge plus avancé. La recherche de la syphilis dans ces 44 cas a donné les résultats suivants : 13 syphilitiques, 18 sujets sains, 9 sujets douteux au point de vue de la syphilis, 4 sujets sur lesquels les renseignements étaient insuffisants. Comme le fait remarquer M. Guinon, le chiffre de 13 syphilitiques est dû à leur fréquence dans le milieu spécial où il observait, et cette statistique est suffisante pour rejeter l'influence de la syphilis comme facteur principal de la maladie : si Parrot a admis cette étiologie, c'est qu'il considérait l'existence de lésions rachitiques comme une preuve de syphilis, ce qui venait surcharger ses statistiques, mais ce qui était une erreur, ainsi qu'il est bien démontré aujourd'hui. Si l'on sait que la syphilis ne doit pas être incriminée, on ignore également quelle cause reconnaît la glossite marginée.

2° Desquamation à coupures nettes ; cette variété, décrite par Gautier (de Genève), paraît en rapport avec des troubles digestifs ; M. Guinon l'a observée chez quelques enfants souffreteux, chez deux ou trois syphilitiques, mais la déclare également indépendante de la syphilis.

3° Une troisième variété, dont M. Guinon n'a trouvé aucune description dans les auteurs, consiste en un simple amincissement épithélial, sans limites nettes, sans bords saillants ; la muqueuse diminue progressivement de hauteur jusqu'au centre de la plaque, qui est unique et occupe la ligne médiane de la face dorsale de la langue ; quand cette plaque disparaît, l'épithélium se reforme en quelques jours, de la périphérie au centre, ou de la base à la pointe de la langue ; les enfants qui en étaient porteurs étaient bien portants.

GEORGES THIBIERGE.

X. — Dans une précédente note (*Bulletin de la Société anatomique*, 7 déc. 1883), Leloir, se basant sur l'examen microscopique de deux langues atteintes de psoriasis lingual, avait démontré que cette affection était caractérisée au début ; 1° par ce fait que l'épiderme muqueux présente les apparences de l'épiderme cutané (existence d'une couche granuleuse riche en éléidine, etc.) ; 2° par la tendance à l'hyperkératinisation de cet épiderme. Cette démonstration est complétée et accompagnée de déductions cliniques très importantes dans un nouveau mémoire qui intéressera vivement les dermatologistes et les chirurgiens, mémoire dont voici le résumé :

Avant d'aborder la question anatomo-pathologique, Leloir donne

quelques renseignements étiologiques sur les 35 cas de leucoplasie buccale qu'il a pu recueillir depuis 1883. Tous les sujets observés, à part une femme fumant la courte pipe en terre en usage dans les Flandres, étaient des hommes. Tous, sauf un, étaient de grands fumeurs; 27 abusaient plus ou moins de boissons alcooliques; 28 présentaient des signes évidents de l'arthritisme, soit chez eux, soit chez leurs ascendants directs. 19 de ces malades présentaient les signes de la dilatation de l'estomac, 15 seulement avaient eu la syphilis et, sur ces 15, 8 avaient été soumis à un traitement mercuriel prolongé; 18 étaient des eczémateux, 6 étaient atteints d'acné polymorphe du dos et de la face, 2 étaient atteints d'acné cicatricielle du front, un seul était atteint de psoriasis du tégument. Cette statistique confirme les conclusions auxquelles nous étions arrivés dans une Revue générale sur le psoriasis buccal de Bazin (*Annales de dermatologie*, 1883). L'arthritisme, envisagé dans son expression la plus générale, paraît être la cause prédisposante de la leucoplasie buccale; la syphilis, le tabagisme et l'alcoolisme interviennent activement à titre de causes occasionnelles ou provocatrices. Nous relèverons plus particulièrement dans les chiffres qui précèdent la fréquence de cette affection chez les eczémateux.

Grâce au grand nombre de malades soumis à son observation, Leloir a pu étudier l'anatomie pathologique de la leucoplasie à toutes ses périodes, cela à l'aide de lambeaux de muqueuse excisés par la méthode biopsique, ou de pièces provenant d'opérations plus radicales. Il envisage les lésions aux différentes phases :

A. — *Leucoplasie buccale au début.* — Au niveau des plaques leucoplasiques, l'épiderme est à la fois épaissi et présente les caractères de la couche cornée de la peau; au-dessous de cette couche cornée l'on voit une couche granuleuse des plus accentuées habituellement absente dans les muqueuses. Ces lésions s'arrêtent brusquement là où cessent les plaques blanches; elles consistent en définitive en une hyperkératinisation de l'épiderme. Le corps muqueux de Malpighi rappelle assez bien celui d'une peau à épiderme corné épaissi. Quant au derme muqueux, il présente, en même temps que l'aplatissement des papilles signalé par Debove et Vidal, une infiltration de jeunes cellules déjà décrite par Schwimmer et Babès. La plupart de ces cellules paraissent être des cellules lymphatiques accumulées autour des vaisseaux sous forme de manchons; on constate en outre une tendance à la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif, prolifération qui s'accroît à un âge plus avancé de la plaque leucoplasique.

B. — *Lésions de la leucoplasie buccale à une période plus ancienne, mais sans qu'il se soit encore produit de dégénérescence épithéliomateuse.* — A son début, uniquement représentée par des pellicules blan-

châtres *très adhérentes*, la leucoplasie forme plus tard, et particulièrement à la face dorsale de la langue, une carapace blanchâtre sillonnée çà et là par des craquelures provenant de la rupture de l'épiderme épaissi; ces craquelures limitent des surfaces polygonales au niveau desquelles l'on constate une *tendance à la desquamation épithéliale*. Leloir donne de cette modification caractéristique, au point de vue surtout du diagnostic des glossites syphilitiques, une explication nouvelle tirée de l'anatomie pathologique. Ces craquelures sont plus ou moins profondes, intéressant une partie seulement du corps de Malpighi ou s'étendant jusqu'à la couche papillaire du derme. A leur niveau, les cellules de Malpighi tendent à proliférer, d'autres subissent l'altération cavitaire décrite par Leloir et considérée par lui comme l'indice d'un processus inflammatoire de l'épiderme. En d'autres points, les cellules malpighiennes paraissent subir une dégénérescence colloïde ou granulo-graisseuse et l'on constate entre elles des cellules migratrices nombreuses; enfin lorsque la fissure est profonde, le derme lui-même présente une infiltration de jeunes cellules. En un mot, la fissuration a déterminé, dans le corps de Malpighi, des foyers d'irritation et de dégénération. Or, dès ce moment, l'épiderme voisin, celui des plaques leucoplasiques kératinisées, subit une réaction de voisinage des plus importantes, réaction caractérisée par la tendance à la dékératinisation et partant à la desquamation. La couche granuleuse chargée d'éléidine s'atrophie et disparaît. Le protoplasme et les noyaux des cellules de la couche cornée redeviennent colorables par le carmin, signe certain de dékératinisation qui ne s'observe que dans les processus desquamatifs de la peau (LELOIR et VIDAL, Sur l'histologie du psoriasis, *Soc. de biologie*, 1882). On conçoit donc que la desquamation aille en s'accroissant avec l'ancienneté du mal et l'on voit ainsi juxtaposés des foyers d'hyperkératinisation et des foyers de dékératinisation.

Les lésions du derme vont également en augmentant. Le derme muqueux est très épaissi, doublé et même quadruplé d'épaisseur. Les papilles sont moins nettes. Infiltré de cellules embryonnaires, le derme semble avoir empiété sur l'épiderme. Cette infiltration finit par étouffer les vaisseaux et aboutit à la sclérose qui peut même envahir les fibres musculaires superficielles de la langue.

C. — *Leucoplasie buccale compliquée de dégénérescence épithéliomateuse*. — D'après les observations de Leloir, l'épithéliome débute au niveau des régions dékératinisées, résultant alors de l'hypertrophie des prolongements que le canal de Malpighi envoie dans le derme infiltré, ou au niveau de petits papillomes; le plus souvent au niveau des fissures et des crevasses. Dans ce dernier cas, les cellules malpighiennes qui constituent les parois de la crevasse prolifèrent, et de ce foyer irritatif partent des prolongements épithéliaux plus ou moins ramifiés qui pénètrent dans

le derme enflammé. Quel que soit d'ailleurs le point de départ de l'épithéliome, celui-ci se montre toujours au niveau des régions dékératinisées (fissures et ulcérations). C'est un épithélioma pavimenteux lobulé renfermant quelques globes épithéliaux non kératinisés ou colloïdes.

Comme conclusion de cette étude d'anatomie pathologique et de pathogénie, Leloir signale les principales indications thérapeutiques. La leucoplasie paraissant ne prédisposer à l'épithéliome que par l'irritation produite par les ulcérations, crevasses, fissures consécutives à la raideur de la carapace linguale déterminée par l'hyperkératinisation, c'est contre elle qu'il faut lutter au début pour éviter les fissures, et à cet égard l'acide salicylique donne de bons résultats. Les crevasses une fois formées, il importe de les faire cicatriser le plus vite possible. P. MERKLEN.

XI. — Dans sa clientèle thermale de Saint-Christau, M. Bénard a pu recueillir 24 observations de l'affection que Bazin a désignée sous le nom de psoriasis buccal; d'autres observations fournies par son prédécesseur, M. Tillot, forment avec les observations personnelles de l'auteur, rapportées avec détails, la base de cette importante monographie.

Rejetant l'opinion de Bazin sur la parenté de cette affection avec le psoriasis cutané, M. Bénard considère comme trop exclusive l'opinion de Kaposi sur la nature syphilitique de la stomatite et cite à l'appui de sa critique les faits fréquents de stomatite développés chez des sujets indemnes de syphilis et l'observation d'un malade qui, comme dans un autre fait de M. Debove, a contracté la syphilis postérieurement à l'apparition de la stomatite. L'action de la chaleur produite par l'usage du tabac et causant une sorte de brûlure de la muqueuse n'expliquerait pas la longue persistance de l'affection et d'ailleurs bien des causes d'irritation autres que la fumée du tabac peuvent produire des plaques blanches de la bouche. Il s'agit ici d'une lésion irritative; aussi le nom de glossite épithéliale est-il absolument justifié. Cette lésion n'a pas une identité absolue avec le cancer, car celui-ci, s'il est fréquent sur les plaques de stomatite, peut se développer sans être précédé par elles.

La stomatite épithéliale est plus fréquente chez la femme qu'on ne le pense généralement (6 cas sur 38 observations); elle s'observe quelquefois chez les enfants et peut être héréditaire (2 observations).

Toutes les causes d'irritation habituelle et prolongée de la muqueuse buccale peuvent concourir plus ou moins puissamment à son développement: telles sont surtout la fumée du tabac, puis l'alcool, les épices fortes, quelques médicaments comme les iodures et par-dessus tout les mercuriaux, l'exercice de certaines professions, en particulier celle de souffleur de verre. Certaines maladies accidentelles comme la fièvre typhoïde ou une stomatite aphteuse peuvent agir comme cause occa-

sionnelle, mais surtout les lésions buccales de la syphilis sont souvent suivies du développement de la stomatite. Mais ces différentes causes locales n'agissent que quand leur action est favorisée par une prédisposition constitutionnelle, laquelle peut être l'arthritisme ou l'herpétisme : aussi voit-on souvent coïncider avec la stomatite épithéliale diverses manifestations de ces deux diathèses, la dyspepsie, des migraines, etc.

Dans la description très soignée qu'il donne des symptômes de l'affection, M. Bénard distingue, à côté de deux types principaux, plusieurs variétés atypiques.

Le premier type, type psoriasiforme, procédant par poussées subaiguës plus ou moins espacées, aboutit presque d'emblée à la fusion et à l'atrophie des papilles sur lesquelles apparaissent les placards leucoplasiques psoriasiformes.

Le deuxième type, dont la nature est essentiellement chronique et torpide, respecte l'individualité des papilles qui ne sont enveloppées que lentement par un mince revêtement leucoplasique, sans être englobées en masse sous les placards épidermiques.

Quant aux variétés atypiques, elles sont caractérisées tantôt par l'existence d'un grand nombre de papilles plus hypertrophiées que les autres, de coloration rouge vif, par des saillies plus volumineuses résultant de la fusion de plusieurs papilles et par un enduit épithélial peu adhérent qui devient extrêmement mince sur les parties de la langue sur lesquelles s'exercent des frottements, tantôt par des fissures profondes et irrégulières au milieu desquelles les papilles très notablement mais uniformément hypertrophiées ne présentent de modifications caractéristiques ni dans leur forme ni dans leur couleur.

Au sujet de la transformation épithéliomateuse, M. Bénard fait remarquer qu'il ne faut pas attacher une importance trop absolue à la valeur pronostique de certains signes considérés comme d'une extrême gravité : ainsi il a vu guérir une ulcération accompagnée d'une douleur vive propagée jusque dans l'oreille, des noyaux d'induration volumineux non ulcérés. Les caractères extérieurs de la lésion ne permettent pas de reconnaître les cas dans lesquels le cancroïde se développera et ceux dans lesquels il ne se développera pas.

Le diagnostic de la stomatite épithéliale est exposé d'une façon très complète et en tenant compte des descriptions les plus récentes des lésions de la muqueuse bucco-linguale dans le lichen plan, l'eczéma, les lésions superficielles desquamatives de la langue décrites sous le nom de lichénoïde lingual et de glossite exfoliatrice marginée, la glossite des cachectiques, les plaques opalines de la syphilis, la langue des diabétiques.

Le traitement peut avoir une grande influence sur la marche de la

stomatite leucoplasique et retarder ou empêcher le développement du cancroïde; mais les moyens d'action dont on peut disposer contre elle ne sont pas très énergiques et consistent presque exclusivement dans l'éloignement des causes occasionnelles d'irritation locale et dans une application rigoureuse des règles d'une hygiène particulière et générale bien appropriée. Les médications générales comme l'arsenic et les alcalins n'ont le plus souvent qu'une action peu marquée; le traitement antisypilitique, sauf de très rares exceptions peut-être, semble formellement contre-indiqué. Les agents astringents et caustiques, sauf peut-être la cautérisation ignée, sont le plus souvent nuisibles. Toutes les causes d'irritation (tabac, alcool, épices, dents cariées et irrégulières) étant proscrites ou supprimées, il faut calmer l'irritation et s'opposer à la stagnation et à la fermentation des résidus alimentaires et des sécrétions à l'aide de topiques émollients, alcalins, boriqués ou salicylés sous forme de bains de bouche très fréquemment répétés et de pulvérisations tièdes.

Parmi les eaux minérales, les eaux sulfureuses sauf, l'eau de Challes, et les eaux chlorurées doivent être écartées en raison de leurs propriétés trop excitantes. Les eaux bicarbonatées sodiques fortes, comme Vichy, ou faibles, comme Royat, seraient mieux appropriées au traitement de la stomatite épithéliale.

L'eau de Saint-Christau qui a, sur l'eczéma, une action particulièrement favorable, due à la présence de sulfate de cuivre, est également indiquée dans la stomatite épithéliale qui est constituée par des lésions de la muqueuse buccale semblables à celles qui, dans l'eczéma, occupent les couches épidermiques. Légèrement onctueuse, elle nettoie très bien l'épiderme et remplit très suffisamment le rôle d'agent détersif; son action profonde sur les épithéliums, manifeste dans l'eczéma, les kératites, permettent de supposer qu'elle agit directement sur l'élément épithélial lui-même, ou au moins indirectement, par le fait de la stimulation organique sans réaction bien appréciable qu'elle provoque sur les surfaces avec lesquelles elle est en contact prolongé, pour aboutir finalement à un effet résolutif; cette action stimulante locale se manifeste chez la plupart des malades par une très légère exacerbation des symptômes subjectifs, par une coloration plus vive des tissus congestionnés, quelquefois même par une faible turgescence de la muqueuse; à côté de l'action locale et à moindre degré qu'elle, les eaux de Saint-Christau paraissent avoir aussi une légère action altérante générale favorable sur l'arthritisme et le lymphatisme. Le traitement général par l'eau en boisson et en bains généraux ne doit donc pas être complètement négligé, mais il faut surtout recourir au traitement local, consistant en bains de bouche courts et fréquemment répétés et surtout en pulvéri-

sations dont la graduation et l'adaptation aux différents cas et aux différentes périodes de la cure thermale doivent être particulièrement surveillées.

Sur 38 malades traités à Saint-Christau, MM. Tillot et Bénard ont eu 2 guérisons véritables, à la suite de plusieurs cures successives, 14 améliorations notables, 13 améliorations simples, dont quelques-unes, M. Bénard ne cherche pas à le dissimuler, sont peut-être peu solides. Sur deux malades porteurs de lésions épithéliomateuses, il n'y eut dans un cas qu'une amélioration momentanée ou apparente et dans l'autre le traitement empira le mal ; aussi faut-il considérer comme une contre-indication au traitement thermal l'existence d'une complication épithéliomateuse évidente.

Telles sont les conclusions de cette monographie, basée sur des faits nombreux observés avec sagacité, et dont les indications thérapeutiques sagement formulées méritent une attention toute particulière.

GEORGES THIBIERGE.

XII. — Dans la leçon clinique que reproduit cet article, M. Reclus met en lumière, par l'exposition de plusieurs observations, les différentes phases et les différents aspects que présente la leucoplasie jusqu'au moment où apparaît le cancroïde et pour cela emprunte les éléments de sa description à des faits dans lesquels, à côté de tumeurs cancéreuses, existaient des lésions leucoplasiques peu avancées dans leur évolution ; mais, pour lui, la dégénérescence épithéliale n'est pas fatale et la glosite épithéliale n'est pas le premier degré du cancroïde, ce sont deux affections distinctes, le développement de la seconde étant seulement favorisé par la présence de la première qui joue le rôle d'une épine permanente implantée dans l'épaisseur de la muqueuse.

L'une des observations est un exemple de leucoplasie vaginale, chez une femme de 56 ans : l'épithélioma s'était développé sur la petite lèvre droite et on trouvait à ses limites, sur la muqueuse, des taches blanches, mates, semblables à de la peau de gant de chevreau, d'autres luisantes, argentées ; leur surface était chagrinée, un peu rugueuse, et en certains points se détachaient des pellicules, des squames, des lambeaux nacrés ; l'épithélioma fut extirpé, mais il restait une petite plaque de leucoplasie sur laquelle se produisit une récurrence pour laquelle il fallut faire une nouvelle extirpation seize mois après la première ; l'état général s'était conservé excellent.

Le traitement chirurgical doit être précoce et mis en œuvre dès que la transformation épithéliomateuse se produit ; il peut donner de bons résultats et les faits de M. Reclus sont des plus encourageants, car sur

six malades qu'il a pu suivre, s'il a vu un malade ne survivre que 14 mois à l'opération, les autres sont encore en bonne santé et ne présentent aucune trace de récidive, deux mois, neuf mois, dix-huit mois, quatre ans et six ans après l'opération; mais, ainsi que se le demande lui-même, cet habile et heureux opérateur, combien de temps durera une telle série? Chez l'un de ces malades, il reste encore une plaque laiteuse en arrière de la cicatrice. M. Reclus se propose d'extirper cette cause permanente d'irritation qui peut devenir le point de départ d'une récidive.

GEORGES THIERGE.

XIII. — Au cours de l'épidémie cholérique de 1884, MM. Queyrat et Broca ont observé plusieurs cas d'éruptions chez des cholériques, à propos desquels ils reviennent sur ce sujet. La multiplicité des formes d'éruptions décrites par les auteurs, qui sont arrivés à en compter jusqu'à dix (érythème scarlatiniforme, érythème morbilliforme, taches lenticulaires, érythème ortié, plaques cyaniques, plaques purpuriques, miliaire, eczéma, ecthyma, herpès) a quelque peu obscurci la question, que MM. Queyrat et Broca ramènent à des termes beaucoup plus simples. Si l'on fait abstraction de certains troubles cutanés qui ne méritent pas le nom d'éruptions, comme les plaques cyaniques et d'autres éruptions qui ne relèvent pas directement de l'infection cholérique, il ne reste plus que les formes symptomatiques différentes d'une éruption dont les éléments sont constitués par de petites papules circulaires de 2 à 3 millimètres de diamètre, de coloration rouge assez vive, à bords un peu diffus et formant une légère saillie sur la peau environnante. Ces éléments, diversement groupés et inégalement abondants, forment par leur réunion des érythèmes ressemblant à l'éruption de la rougeole ou à celle de la scarlatine, mais dont l'examen attentif et l'étude de l'évolution permettent de reconnaître les parties constituantes toujours identiques. Cette éruption, par ses caractères morphologiques et par son étiologie, se manifeste une éruption particulière au choléra, une *véritable choléride*, une *dermatose exanthématique infectieuse*.

GEORGES THIERGE.

XIV. — Homme de 27 ans, présentant une éruption scarlatiniforme généralisée à toute la surface du corps, sauf le visage; langue blanchâtre au milieu, rouge sur les bords, amygdales un peu rouges, sans dépôt à la surface; température à peu près normale, soif vive, un peu d'agitation, quelques lipothymies, un peu d'oppression, céphalalgie, quelques vomissements. Ces accidents étaient survenus dans l'espace de quelques heures sans qu'on puisse imputer quelque empoisonnement alimentaire. Le malade, qui avait eu autrefois une éruption très étendue à la suite d'une seule friction térébenthinée, et qui se savait par cela très sensible à toutes les émanations du même genre, attribuait son éruption à une pommade dont sa femme s'était servie la veille: cette pommade était de l'onguent napolitain avec lequel elle s'était fait à deux reprises

des frictions sur le ventre parce qu'elle se croyait atteinte d'une péritonite. Cette hypothèse, dans laquelle il faut admettre que les vapeurs mercurielles ont été la cause de l'éruption chez un sujet dont la peau est particulièrement sensible, a paru confirmée par la marche de l'éruption qui, dès le lendemain, avait pâli et qui disparaissait rapidement en laissant après elle une légère desquamation furfuracée, et par la disparition des symptômes généraux dans l'espace de quelques heures.

GEORGES THIDIERGE.

XV. — Le travail d'ensemble si consciencieux et si bien fait que vient de faire paraître le Dr James-C. White, répond à un véritable besoin d'actualité et comble une des nombreuses lacunes qui existent encore dans la pathologie cutanée. Tous les médecins savent que les substances dont le contact peut être nuisible pour les téguments sont fort nombreuses, mais ils n'en ont, en somme, que des notions assez vagues. Comme le dit, avec une grande modestie, l'auteur dans sa préface, il a eu pour but, en publiant ce traité, d'offrir aux praticiens quelques renseignements utiles sur les divers irritants de la peau, renseignements qu'on ne trouvait pas jusqu'ici réunis dans un ouvrage didactique. Il a conscience que beaucoup des points qu'il a traités réclament encore des recherches nouvelles, mais, ajoute-t-il avec beaucoup de raison, c'est en faisant connaître le peu que nous savons que nous pouvons espérer accroître nos connaissances.

Le Dr White donne d'abord une description d'ensemble de la *Dermatitis venenata*. Les dermatologistes ont généralement adopté ce nom, nous dit-il, pour désigner les inflammations cutanées qui résultent de l'action directe d'agents irritants appliqués à l'extérieur sur les téguments. Rien de plus variable que la nature de ces agents : ils peuvent appartenir au règne végétal, minéral ou animal, et leur nombre est considérable.

Leur application sur les téguments peut être due à une vengeance, à un sentiment de haine ou d'espionnerie, ou bien elle peut être faite dans un but médical, ce qui est très fréquent; dans cette catégorie rentrent les nombreux remèdes dits domestiques, que chacun manie à sa guise et qui peuvent causer tant d'accidents. Fort souvent ces éruptions sont aussi le résultat du contact de substances irritantes dont on se sert dans beaucoup d'industries; on sait combien elles sont fréquentes chez les teinturiers, les imprimeurs, les chimistes, les droguistes, chez ceux qui recueillent les plantes médicinales, les tisserands en soie et les dévideurs de soie, les fabricants de papiers et de vêtements de couleur, les fabricants de savon, etc., etc. Souvent aussi elles sont causées par l'usage de mauvais cosmétiques, d'habits teints avec des matières nuisibles, par les attouchements ou les piqûres de certains insectes et d'autres animaux, enfin par le contact de plantes possédant des propriétés irritantes.

Les effets produits par ces divers agents consistent en des inflamma-

tions des téguments à tous les degrés possibles. Sous l'influence de leur contact seul, de leur introduction dans les tissus, ou même dans quelques cas de leurs émanations seules, les capillaires des régions lésées se dilatent et produisent ainsi de l'hyperhémie, une sorte d'érythème local. C'est le premier stade du processus inflammatoire; il peut n'affecter qu'un point fort circonscrit, formant une petite tache rouge, une macule, ou bien occuper une étendue considérable. Cet érythème peut être très fugitif, ne durer que quelques minutes, ou bien persister pendant des heures ou même des jours, puis disparaître sans autre modification des tissus. Mais l'érythème ne peut persister si longtemps sans s'accompagner le plus souvent de gêne de la circulation, de transsudation du sérum et de gonflement des parties malades; l'œdème est donc un des premiers symptômes de la dermatite. Cet œdème peut être très circonscrit et former des éléments semblables à ceux de l'urticaire géante que l'on appelle *wheals* en anglais.

Parfois il se produit également une diapédèse des globules blancs qui se massent dans la couche superficielle du chorion, et lui donnent au microscope l'aspect d'un tissu de granulations. On éprouve dans ces cas, au toucher, une sensation de résistance des plus nettes beaucoup moins souple que celle que donne l'œdème, et les téguments forment en ces points des saillies plus ou moins accentuées. Lorsque ces amas cellulaires se concentrent vers les papilles du derme qui se tuméfient soit isolément soit par groupes assez circonscrits, ils forment des papules rouges, surélevées, amincies ou hémisphériques. Elles évoluent en quelques jours, puis disparaissent par résorption de leurs éléments constitutifs, sans laisser aucune trace de leur existence, sauf parfois une fort légère desquamation. D'autres fois, leur sommet est excorié et alors elles se recouvrent d'une croûte.

Si l'on pique avec beaucoup de soin le sommet d'une de ces papules, sans ouvrir aucun vaisseau sanguin, on voit s'en échapper une certaine quantité de liquide clair et transparent. Si le processus devient plus intense, ce liquide se forme avec beaucoup plus d'abondance, soulève les couches épidermiques et donne ainsi naissance à des cloisonnements remplis de sérosité, ce sont des vésicules. Si elles atteignent un certain volume, on les appelle des bulles. L'auteur en donne une excellente description. Il fait de plus remarquer qu'elles ne sont pas toujours la conséquence des papules; elles peuvent se former d'emblée sur une peau primitivement saine ou sur une surface fortement érythémateuse. Si leurs parois se rompent, soit spontanément, soit à la suite d'une violence quelconque, leur contenu s'écoule à l'extérieur, et forme des croûtes sous lesquelles se fait le processus de réparation. Sinon leur affaissement et leur disparition graduelle se produit peu à peu par résorption.

A un degré d'inflammation plus avancé, la sérosité transparente de la vésicule est envahie par une multitude de cellules rondes migratrices ; elle se trouble et il se forme des pustules. Celles-ci peuvent également se produire d'emblée sans être précédées d'un stade de vésiculation. Le Dr White leur décrit la même évolution qu'aux vésicules. Enfin les degrés de dermatite les plus prononcés sont représentés par des pustules d'ecthyma et par des furoncles.

Telles sont les lésions primaires de la dermatitis aiguë. Elles peuvent se combiner de toutes les manières, et constituer des variétés d'aspect innombrables.

Les lésions secondaires sont formées par les modifications que peuvent subir, pendant leur évolution, les éléments précédemment décrits, telles sont : la desquamation, les excoriations, et toutes les conséquences de ces excoriations, exsudations de sang, de lymphe, productions de croûtes, etc..., ulcérations profondes, cicatrices.

Les symptômes subjectifs éprouvés par les malades consistent en sensations de brûlures, de prurit, de douleurs, parfois d'engourdissements. D'ordinaire, la santé générale n'est que fort peu troublée.

Ces lésions siègent aux points traumatisés et cette localisation est un des éléments les plus importants du diagnostic. La marche de l'affection est presque toujours très rapide ; c'est là un de ses caractères principaux. Parfois, cependant, l'inflammation est assez intense, elle a pénétré assez profondément les tissus pour que la guérison ne puisse être obtenue qu'après quelques jours ou quelques semaines. Il est même possible que, chez des individus prédisposés, ces dermatites accidentelles soient l'occasion de l'apparition d'un eczéma chronique qui persiste chez le malade.

L'auteur insiste ensuite beaucoup sur le diagnostic. Il fait ressortir toutes les difficultés qu'il peut présenter, car parfois les lésions cutanées sont absolument identiques à celles qui résulteraient de toute autre cause ; il n'y a que l'étiologie qui diffère. Cependant un œil très exercé peut souvent reconnaître ces éruptions artificielles. Leur apparition soudaine, l'évolution rapide des lésions, leur localisation, leur teinte un peu insolite, la vivacité des phénomènes inflammatoires qu'elles présentent, leurs limitations parfois fort nettes, l'asymétrie de leur disposition, une certaine physionomie artificielle, les professions de ceux qui en sont atteints, les commémoratifs qu'ils peuvent fournir, etc..., tout cet ensemble de faits permet dans beaucoup de cas d'affirmer leur origine traumatique. Cependant il faut bien savoir que, dans quelques cas, les plus habiles dermatologistes ne peuvent porter de diagnostic précis.

Le pronostic est presque toujours favorable. Il ressort de tout ce qui

précède que ces éruptions sont de courte durée, limitées, et se terminent par la guérison. Leurs effets sur le système général sont rarement graves; cependant il y a des cas dans lesquels l'agent irritant pénètre dans l'économie, l'empoisonne et peut même déterminer plus ou moins rapidement une issue fatale.

Le traitement local de la dermatitis venenata est celui que l'on fait dans les autres affections cutanées qui présentent des lésions semblables à celles que nous venons de signaler. Dans quelques cas fort rares, il peut être utile de neutraliser, par l'application d'une antidote, l'action nuisible ou destructive du corps irritant. Tout médicament interne est parfaitement inutile; cependant quelquefois les purgatifs peuvent rendre des services.

L'auteur conseille d'employer des lotions d'eau chaude ou froide, pure ou alcoolisée lorsque l'alcool pourra être supporté. Si le prurit est intense, on peut ajouter un peu d'acide phénique. Si le corps irritant a été un acide, on prescrira des lotions alcalines faibles de carbonate de soude, par exemple. Si la peau est excoriée ou dénudée, les préparations de gélatine et de glycérine seront utiles. On peut employer aussi des applications d'un mélange d'eau de chaux et de calomel, ou mieux d'eau de chaux et d'oxyde de zinc; on y ajoute, s'il y a des démangeaisons, un peu d'acide phénique, ou, si les parties malades sont trop sèches, de la glycérine. L'auteur conseille encore un mélange de glycérine et de sous-acétate de plomb, une solution de sulfate de zinc, des pommades au cold cream, à la vaseline, renfermant de l'oxyde de zinc, du sous-nitrate de bismuth, de l'acide salicylique, du tanin, etc...

Après cet exposé d'ensemble des lésions dont il a entrepris l'étude, l'auteur passe en revue les diverses substances nuisibles pour la peau et décrit en détail les lésions qu'elles peuvent produire. La partie de beaucoup la plus intéressante de son livre est celle qui traite des éruptions causées par les plantes; elles proviennent soit d'une irritation toute mécanique, soit des liquides irritants qu'elles font pénétrer dans les téguments, soit de leurs émanations, soit du simple contact de leurs principes nuisibles. On comprend toute la complexité qu'offre une pareille étude, toute la diversité des agents offensifs, huiles, acides, alcalis, résines, etc... Qu'il nous suffise de dire que le Dr White a passé en revue, dans son livre, les effets nuisibles de 96 espèces de plantes. Parmi ces chapitres si intéressants et si nouveaux pour nous, je citerai surtout celui qui traite des sumacs et en particulier du sumac vénéneux (*Rhus toxicodendron*), véritable monographie extrêmement remarquable de 40 pages. — Le Dr White étudie ensuite les autres irritants de nature organique et inorganique, les substances chimiques, industrielles et médicinales, puis les irritants d'origine animale, depuis les méduses et les actinies jusqu'aux

sangues et aux parasites de la peau. Il est vrai que ce dernier chapitre est plutôt une simple énumération.

Ce travail d'ensemble a le mérite de nous montrer, ainsi que je le disais en commençant, combien sont nombreuses les causes d'irritations cutanées qui nous environnent, et combien nous devons nous défier de cette source si fréquente d'éruptions, lorsque nous nous trouvons en présence de cas un peu insolites d'aspect.

L. R.

XVI. — On a soutenu (J. R. Ashwell, *New-York medical Record*, 20 nov. 1886) que les couleurs d'aniline ne causent pas d'irritation de la peau, même chez les ouvriers qui en ont les mains et la figure constamment imprégnées : et on en a conclu que les objets de bonneterie, bas et autres, teints avec ces substances, ne sauraient causer des inflammations cutanées, puisque les couleurs y sont devenues aussi insolubles qu'elles puissent être. On a de plus établi que le magenta contient de l'arsenic, mais qu'il n'en renferme pas à l'heure actuelle plus de 0,09 0/0.

L'auteur croit que, si les propositions précédentes sont vraies pour la bonneterie fabriquée à Nottingham ou à Leicester, elles ne sauraient à coup sûr s'appliquer à tous les objets de toilette colorés. Le Dr Edson a déjà appelé l'attention sur le danger qu'il y a à porter certaines variétés de bas colorés et dont la couleur renfermait des quantités fort appréciables d'arsenic et d'antimoine. D'ailleurs, il faut bien savoir qu'il y a de grandes susceptibilités individuelles au point de vue de la facilité avec laquelle les téguments subissent l'action irritante des substances colorantes.

Les éruptions qu'elles produisent peuvent être érythémateuses, vésiculeuses ou pustuleuses ; il est presque toujours possible de retrouver sur les téguments des traces de la matière tinctoriale. Elles sont limitées aux points directement lésés, ne causent pas d'ordinaire beaucoup de prurit, ont une évolution cyclique et n'ont pas de tendance à récidiver : lorsqu'il se forme des vésicules, elles sont plus grosses et beaucoup plus distendues de sérosité que celles de l'eczéma.

L'auteur termine son mémoire en relatant six exemples personnels de cette variété de dermatose : le premier chez un homme qui avait porté des gants rouges et qui avait aux mains une éruption vésiculeuse ; le second chez un tailleur qui avait manié des effets colorés et qui était atteint d'une dermatite érythémateuse aiguë du visage et des mains ; le troisième chez une femme atteinte d'éruption vésiculeuse des pieds pour avoir porté des bas rouges ; le quatrième chez un homme qui avait une éruption semblable à celle de la malade précédente et qui portait des chaussures doublées de rouge ; le cinquième chez un jeune garçon de 15 ans dont tout le tronc fut couvert d'une éruption scarlatiniforme pour avoir porté

sur la peau un gilet rouge qui n'avait jamais été lavé; enfin le sixième est celui de l'auteur lui-même qui a été atteint d'éruption des mains après avoir porté plusieurs jours des gants rouges doublés.

L. B.

XVII. — Le *Rhus toxicodendron*, dont on connaît les effets irritants, est un arbuste américain qui se trouve représenté dans les Jardins Botaniques par quelques échantillons; les jardiniers connaissent, pour l'avoir éprouvée, l'action irritante que produit sur la peau le contact de cette plante. M. Planchon l'a constatée chez plusieurs jardiniers et la signale, pour qu'ils l'évitent, aux étudiants exposés à manier cette plante. Elle consiste en une démangeaison intense, accompagnée d'une rougeur plus ou moins marquée, parfois d'œdème des téguments et même de phlyctènes qui se transforment en pustules au bout de quelques jours; en même temps, dans les cas graves, les ganglions lymphatiques correspondant aux lésions cutanées deviennent douloureux et se tuméfient. Les lésions sont exclusivement limitées aux régions qui ont été en contact direct avec les débris de la plante, ou sur lesquelles le malade a porté les mains qui ont été en contact avec elle. Chez les ouvriers, il arrive souvent que la paume de la main reste indemne, protégée qu'elle est par l'épaisseur de l'épiderme qui la recouvre.

Certains sujets peuvent, sans en éprouver d'inconvénients, manipuler le *Rhus toxicodendron* et cela à toutes les époques de l'année; il est probable que l'abondance plus ou moins grande du liquide irritant contenu dans les vaisseaux de la plante est pour quelque chose dans le nombre et la gravité variables des accidents.

GEORGES THIBIERGE.

XVIII. — Le *leucanthemum vulgare* est la plante si commune que nous connaissons tous en France sous le nom de grande-marguerite: elle a été importée d'Europe en Amérique, et elle s'y est développée très rapidement, de telle sorte qu'elle y est devenue l'une des fleurs vulgaires des champs et des prairies. L'auteur a observé des faits qui lui ont démontré qu'elle était susceptible de déterminer des éruptions artificielles fort intenses et fort douloureuses: ces sortes de dermatites ne se développent d'ailleurs que chez des personnes prédisposées à ces éruptions, et qui ont déjà subi les effets nuisibles d'autres plantes bien connues pour produire des lésions identiques. Voici le résumé de ses intéressantes observations.

Cas Pr. — Petite fille âgée de 6 ans. Deux de ses frères et une de ses sœurs, étant allés à la campagne, lui rapportèrent des brassées de grandes-marguerites. Elle joua avec ces fleurs pendant une demi-heure dans sa chambre: elle était sans bas et sans souliers. Le lendemain matin, ses pieds, ses jambes, ses parties génitales, ses mains et sa figure étaient le siège

d'une dermatite intense avec œdème. Lorsque l'auteur la vit dans l'après-midi, il s'était produit de petites vésicules serrées les unes à côté des autres, et disposées en groupes de forme variable sur les régions affectées.

Elles s'accompagnaient d'un prurit intense, et au bout de vingt-quatre heures presque toutes s'étaient rompues. Peu à peu tous les symptômes douloureux se calmèrent, et il se produisit une exfoliation très abondante de l'épiderme. En dix jours environ, la peau avait repris son aspect normal. La petite malade avait déjà eu deux éruptions causées par le sumac.

Cas II. — Petite fille âgée de 5 ans. Elle présentait une éruption à la face dorsale des mains et entre les doigts, où elle était constituée par des vésicules presque confluentes. Ce qui attirait surtout l'attention chez elle, c'était une bande très franchement érythémateuse qui occupait le front et gagnait les oreilles : en l'examinant de très près, on voyait qu'elle était constituée par de petites papules, qui çà et là étaient déjà devenues des vésicules, et avaient toutes de la tendance à la vésiculation. Sur le visage et le menton, il y avait aussi de petites plaques d'une éruption papuleuse, surtout marquée à la lèvre supérieure, au bout du nez, à la paupière inférieure droite, dont l'œdème était assez accentué pour fermer l'œil en partie. L'enfant avait cueilli la veille des grandes-marguerites; la mère les avait tressées en une couronne que la petite fille avait portée sur la tête pendant quelque temps.

Cas III. — Jeune fille âgée de 18 ans, ayant eu pendant sa jeunesse, à plusieurs reprises, des accidents dus au sumac, avec cette particularité que les éruptions étaient de moins en moins fortes, de telle sorte qu'elle avait fini par être convaincue que cette plante était devenue pour elle comparativement inoffensive. Ayant cueilli un jour des grandes-marguerites, elle ne put dormir de toute la nuit, à cause d'une vive sensation de brûlure et de prurit qu'elle éprouvait aux mains, aux avant-bras et au visage. Le lendemain matin, toutes ces parties étaient tuméfiées : entre les doigts et sur les avant-bras se voyaient des vésicules nombreuses, presque confluentes; le dos des mains et le visage ne présentaient encore qu'une éruption de petites papules, avec gonflement et rougeur marqués. Les phénomènes douloureux étaient si intenses, que pendant trois nuits la malade fut obligée de prendre des opiacés. Le lendemain, la vésiculation s'était partout produite, et l'aspect des mains était tout à fait celui du cheiro-pompholyx. L'année suivante, la malade eut encore l'imprudence de cueillir des grandes-marguerites, et le résultat fut à peu près le même, quoique l'éruption ait présenté un peu moins d'intensité.

Cas IV. — L'auteur a été lui-même deux fois victime des grandes-marguerites. Pendant son enfance, il a eu, à plusieurs reprises, des accidents graves causés par le sumac et le cornouiller; ces éruptions devinrent de moins en moins fortes de sa huitième à sa seizième année; à partir de cette dernière époque, ces deux plantes semblèrent ne plus avoir sur lui d'action nuisible. Il y a six ans, il eut l'imprudence de cueillir des grandes-marguerites; la nuit suivante, il fut réveillé par une violente sensation de prurit; au matin, il s'aperçut que ses mains et que ses bras jusqu'aux coudes étaient recouverts d'une éruption composée de petites papules disposées en groupes d'étendue variable sur un fond d'un rouge livide. Le visage avait le même aspect, les deux yeux étaient en partie fermés par l'œdème des paupières. Le soir du même jour, les papules étaient devenues des vésicules; vingt-quatre heures plus tard, les vésicules apparurent sur la paume des mains et la face inférieure des doigts. Il ne se forma pas de vésicules sur la figure,

sauf quelques-unes sur le menton. Les sensations douloureuses de brûlure et de prurit étaient tellement intenses, qu'il lui fallut prendre de l'opium pour dormir jusqu'à ce que les symptômes aigus se fussent apaisés. Toutes les surfaces atteintes desquamèrent.

En juillet 1886, l'auteur eut de nouveau l'imprudence de cueillir une grande-marguerite et d'en rouler la tige entre le médius et l'index; la nuit suivante, il fut réveillé par du prurit, et le lendemain il s'aperçut de la présence d'une éruption vésiculeuse sur les parties latérales des doigts que la plante avait touchées.

Le Dr S. Howé croit nécessaire d'attirer l'attention sur ces faits si peu connus : il estime que beaucoup d'éruptions artificielles attribuées au sumac et au cornouiller, pourraient bien reconnaître pour cause le contact de grandes-marguerites. Ce sont là des questions que l'on étudie pour le moment avec grand soin en Amérique, et qui ne sont encore guère connues en France.

L. B.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA SCLÉRODERMIE, par EUGÈNE BOUTTIER. (Thèse de doctorat. Paris. Décembre 1886. Un volume in-8° de 205 pages.)

Interne à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Hallopeau, M. Bouttier a pu étudier plusieurs malades atteints de sclérodémie et faire l'autopsie de l'un d'eux. Il a entrepris à ce propos une étude minutieuse et consciencieuse de cette intéressante affection : se basant sur dix observations inédites se rapportant aux diverses formes de la sclérodémie et sur deux nouveaux examens histologiques des lésions, il a pu décrire d'une façon remarquablement exacte les divers aspects revêtus par la maladie. Si des points nombreux de l'histoire de la sclérodémie restent encore obscurs, si toutes les questions afférentes à cette étude sont loin d'être résolues, et l'auteur ne cache pas qu'il n'a pu les résoudre toutes, son travail est néanmoins un exposé des plus complets de l'état actuel de nos connaissances, au développement duquel il a mis un soin tout particulier. Lorsque, dans les questions encore litigieuses, il est obligé de formuler son opinion, c'est avec une profonde conviction et avec indépendance qu'il se prononce.

L'origine nerveuse de l'affection est la thèse qui est soutenue fermement dans ce travail, et l'idée dominante que l'on retrouve dans chacun de ses chapitres où les preuves à l'appui de la théorie trophonévrotique sont habilement mises en valeur.

L'historique du sujet est l'objet du premier chapitre, qui, en raison même de sa nature, échappe forcément à une analyse : il permet à M. Bouttier de signaler les diverses théories émises sur la nature de la sclérodémie et d'entrer en matière en déclarant que la sclérodémie généralisée, la sclérodémie localisée sous forme de plaques, de bandes ou de sclérodermyte, ne sont que des types divers d'une seule et même affection, se réservant d'en donner la démonstration par la suite.

L'étiologie de la sclérodémie reste encore obscure : on sait bien qu'elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme dans la proportion de 3 contre 1, les observations donnant 180 femmes contre 82 hommes, qu'elle est surtout fréquente de 20 à 30 ans, époque de la vie où les observations montrent 34 cas sur un total de 218 faits ; mais les différentes causes qui ont été incriminées successivement sont loin d'être constantes. Ainsi, la misère physiologique n'existe pas chez tous les

sujets, bien qu'il y ait souvent des antécédents personnels ou héréditaires de scrofulo-tuberculose. L'arthritisme ne peut toujours être invoqué et c'est à tort qu'on voudrait lui faire jouer un rôle exclusif en se basant sur le début de la sclérodermie à la suite d'un refroidissement et même sur son apparition après des douleurs articulaires; en effet les manifestations articulaires qui précèdent la sclérodermie reconnaissent sans doute parfois une origine autre que le rhumatisme. Ce qui est plus exact, c'est qu'il y a souvent, avant le début de la sclérodermie, des troubles nerveux, le plus souvent localisés, des phénomènes imputables à l'hystérie atténuée ou complète.

L'artério-sclérose dont l'influence étiologique a été invoquée ne paraît guère intervenir, car ses causes habituelles, la syphilis et l'alcoolisme, se rencontrent rarement chez les sclérodermiques.

Le fonctionnement normal ou morbide de l'appareil génital paraît avoir une influence, car l'affection se rencontre souvent chez des femmes ayant des troubles menstruels : aménorrhée, dysménorrhée, ménorrhagies, et souvent aussi chez des femmes qui ont eu des grossesses répétées.

Des troubles vaso-moteurs, tels que des congestions subites et passagères de la face, les phénomènes du doigt mort, des troubles de la sécrétion sudorale qui est accrue, diminuée ou supprimée, sont fréquents chez les sujets qui doivent être atteints de sclérodermie.

L'étiologie de la sclérodermie est, on le voit, incomplètement déterminée ou, plus exactement, inconnue et, lorsqu'il s'agit de déterminer les causes immédiates de son développement, les difficultés ne sont pas moindres, en raison de l'évolution lente et progressive de l'affection : on a pu cependant, dans quelques cas, invoquer avec plus ou moins de raison le refroidissement brusque du corps en sueur, le séjour prolongé dans un endroit humide, des traumatismes, des émotions morales vives.

La *symptomatologie* est la partie la mieux connue de l'histoire de la sclérodermie. Aussi nous n'aurons pas à suivre pas à pas la description minutieusement faite par M. Bouttîer. Divisant la sclérodermie en sclérodermie généralisée et sclérodermie localisée, il décrit successivement dans cette dernière la sclérodermie en plaques, la sclérodermie en bandes, la sclérodactylie.

La sclérodermie généralisée (scléremie de M. Besnier) peut débiter d'une façon brusque ou d'une façon lente et présente dans son évolution les périodes suivantes : période prodromique, période œdémateuse, période atrophique. Si la sclérodermie mérite le nom de généralisée en raison de la grande extension des lésions, il ne faudrait cependant pas prendre le mot de généralisation dans son sens absolu, car il reste presque toujours quelques régions respectées : ainsi, lorsque la sclé-

dermie débute par les parties centrales du corps, la sclérodactylie fait défaut. Le plus ordinairement les lésions se distribuent suivant certains types. La sclérodermie faciale isolée est rare, c'est elle qui est le plus souvent associée à la sclérodactylie; souvent les lésions offrent un type qu'on pourrait appeler type supérieur, dans lequel la lésion siégeant surtout à la face occupe en même temps le cou, les régions sus-claviculaires, le thorax, le dos, s'arrêtant fréquemment aux insertions du diaphragme; elle occupe en même temps le moignon de l'épaule, une partie du bras et quelquefois ne respecte pas le creux de l'aisselle. Assez souvent, la lésion tout à fait symétrique, occupe les deux avant-bras et les deux jambes, ne dépassant pas d'un côté les coudes et les jarretières, envahissant quelquefois le dos des mains et les cous-de-pied, mais laissant toujours les doigts parfaitement intacts.

A propos de la pigmentation si fréquente dans la sclérodermie, M. Bouittier fait remarquer l'analogie qui existe entre cette pigmentation et le masque de la grossesse et la rapproche de la fréquence de la sclérodermie chez des multipares et de son développement à la suite de la grossesse.

Des troubles viscéraux peuvent accompagner la sclérodermie généralisée: albuminurie, accès de toux quinteuse, tuberculose pulmonaire surtout sous la forme subaiguë, pleurésie sèche ou séreuse, péricardite, lésions mitrales, troubles nerveux tels que céphalée, migraines; quelquefois, les malades ont des crises diarrhéiques débutant par des évacuations nombreuses, soudaines, liquides, incolores, presque aqueuses, fatiguant beaucoup les malades, puis disparaissant au bout de quelques jours et qui sont peut-être d'origine nerveuse, comme le soupçonne M. Hallopeau.

La sclérodermie en plaques est souvent constituée par une seule plaque dont le siège de prédilection semble être la face, sur le trajet de la 5^e paire, mais qui peut se rencontrer sur le thorax, sur les membres inférieurs, plus rarement sur l'abdomen. Lorsque les plaques sont multiples, elles peuvent être symétriquement ou plus souvent asymétriquement distribuées; quelquefois, occupant un seul côté du corps, elles ont une disposition hémiplégique; elles peuvent être situées sur le trajet ou en dehors des troncs nerveux. Le *lilac ring* peut faire défaut, exister d'une façon intermittente ou bien se présenter sous des aspects différents de ceux habituellement connus; l'anneau peut être simplement rouge, érythémateux, s'effaçant toujours, mais plus rapidement, par la pression et s'accompagnant souvent alors d'une légère desquamation furfuracée à la surface; dans certains cas, il se compose d'une série de zones concentriques alternativement colorées et pâles, et rappelant certains érythèmes en cocarde. D'autres fois, la limite de la plaque est formée

par une bordure de coloration variant du jaune sale au brun foncé, et cette pigmentation qui rappelle le vitiligo s'étend souvent assez loin entre les différentes plaques. Les plaques de sclérodémie peuvent coexister avec différents troubles trophiques ou nerveux : exostose du maxillaire inférieur et de la voûte palatine et opacité cornéenne ayant débuté en même temps que la plaque (cas de Streatfield); plaques d'alopecie en aïre sans induration ni aspect éleatriciel de la peau à ce niveau (observations de Jamieson et de Gibney), paralysie de la 3^e paire coïncidant avec une plaque sclérodémique sur le trajet de la 3^e (observation de Niggen et Nettleship).

Les plaques, en se développant les unes à côté des autres, peuvent se réunir et donner lieu à des lésions étendues à de vastes surfaces, et très rapprochées de la sclérodémie généralisée (observations de Dorozynski et de Gaskoin), ce qui montre les rapports intimes des deux formes de sclérodémie.

La sclérodémie en bande, plus rare que les formes précédentes, est quelquefois consécutive à la fusion des plaques, mais peut aussi se montrer d'emblée sous cet aspect. Elle siège ordinairement sur les membres, et du côté de l'extension.

La sclérodactylie, bien connue depuis les descriptions de M. Ball, suit presque toujours une marche progressive, et n'offre aucune tendance à la guérison; cependant, dans un cas, M. Debove obtint la disparition complète de tous les symptômes fonctionnels au moyen de pulvérisations de chlorure de méthyle.

Les rapports des différentes variétés de sclérodémie entre elles et avec quelques affections similaires sont très intéressants à étudier. La scléremie aiguë est de toutes les formes celle qui est le plus rarement associée; elle peut cependant se rencontrer en même temps que la sclérodactylie, que la sclérodémie en plaques. La sclérodémie généralisée à marche chronique se rencontre aussi en coïncidence avec la sclérodémie en plaques, ce qui montre bien l'existence de rapports intimes entre ces deux affections. M. Bouttier n'a pas trouvé de cas de sclérodactylie manifeste coexistant avec la sclérodémie localisée; mais M. Ern. Besnier a cité un cas de sclérodémie en plaques du dos chez un sujet atteint de lésions considérées comme le premier degré de la sclérodactylie et l'existence simultanée chez un autre malade de lésions présentant les caractères du myxœdème, de plaques sclérodémiques, du thorax, et d'asphyxie symétrique des extrémités avec des flots de gangrène sèche des phalanges.

La coexistence de la sclérodémie généralisée et de la sclérodactylie est fréquente: il s'agit souvent alors de sclérodémie de la face, mais souvent aussi de sclérodémie complètement généralisée et alors le début

à lieu d'ordinaire par les extrémités : les observations de ce genre abondent ; M. Bouttier en signale quatre nouvelles.

L'hémiatrophie faciale progressive coïncide quelquefois avec la sclérodémie : plaques de sclérodémie (observations de Emminghaus, de Gibbey, etc.), sclérodactylie (observation de Lépine).

La gangrène symétrique des extrémités a souvent des rapports intimes avec la sclérodactylie, et il y a entre les deux affections toute une série d'intermédiaires qui établissent de l'un à l'autre une transition insensible.

La sclérodactylie, quand les troubles vaso-moteurs ne sont pas très accentués, rappelle le rhumatisme chronique osseux par ses déformations et par les atrophies dont il s'accompagne quelquefois.

Les atrophies osseuses, les lésions articulaires mentionnées par Lagrange et par d'autres observateurs ont quelque rapport avec certaines des lésions qui ont été rencontrées dans les mêmes organes chez des ataxiques avérés. Dans un fait, rapporté par Senator, il existait quelques symptômes pouvant faire penser à un tabes : incertitude dans la marche, surtout dans l'obscurité, titubation des yeux fermés, disparition des réflexes patellaires.

Le vitiligo accompagné assez souvent la sclérodémie (observations de Rossbach, de Féréol, etc.).

M. Balzer a vu, dans un cas, des lésions sclérodémiques manifestes de la face et des doigts chez une femme atteinte de goitre exophtalmique.

L'aïnhum présente, au point de vue anatomo-pathologique, de grandes analogies avec la sclérodémie : la lésion caractéristique de l'aïnhum est la formation dans le derme d'un trousseau fibreux qui, par sa rétraction, amène l'apparition d'un sillon et l'atrophie des tissus sous-jacents, lésion qui rappelle de très près celle que l'on rencontre dans la morphée. L'analogie qui existe, en clinique, entre l'aïnhum et les amputations congénitales permet de se demander aussi si dans ces diverses affections (sclérodémie, aïnhum, amputations congénitales) les lésions ne reconnaissent pas une seule et même cause et ne sont pas de même nature.

La marche et le pronostic de la sclérodémie varient suivant la forme de la maladie : dans les formes généralisées à marche aiguë, la peau peut prendre complètement en quelques mois son aspect normal ; dans les formes généralisées à marche chronique, ou à début par des plaques isolées, le pronostic est plus sévère et souvent les lésions persistent indéfiniment ; la forme dans laquelle la sclérodactylie coexiste avec la sclérose généralisée cutanée est la plus grave de toutes et complètement incurable ; dans la sclérodémie généralisée à la période œdémateuse, on peut encore espérer la guérison, mais à la période atrophique celle-ci est devenue impossible ; les sclérodémies localisées ont ordinairement un pronostic assez bénin et présentent une tendance naturelle à la guérison

en laissant à leur place une cicatrice blanche et déprimée ou une surface pigmentée en brun.

Le *diagnostic* peut se poser entre la sclérodermie et toutes les affections qui amènent l'induration de la peau, telles que l'éléphantiasis, les indurations des téguments produites par le scorbut, ou consécutives à l'eczéma ou aux ulcères de jambe. La sclérodactylie peut être confondue avec le rhumatisme chronique progressif, et surtout avec l'asphyxie et la gangrène symétrique des extrémités, affection qui présente avec la sclérodactylie de telles affinités que les cas intermédiaires où le diagnostic est très difficile ou même impossible sont loin d'être rares. Dans les sclérodermies localisées, le diagnostic peut se poser avec les cicatrices anciennes de brûlures, les chéloïdes et la lèpre, enfin les vergetures qui s'observent parfois en même temps que la sclérodermie.

Quant au diagnostic avec la morphée, il n'y a pas lieu, dit M. Bouttier, de la poser, car la morphée et la sclérodermie en plaques ne constituent qu'une seule et même affection : dans l'une et l'autre, l'évolution clinique est la même, les troubles fonctionnels et vaso-moteurs sont les mêmes, l'induration plus ou moins profonde de la peau ne peut servir de base à une distinction aussi capitale; quant à la terminaison par atrophie de la peau dans la morphée et par restitution *ad integrum* dans la sclérodermie en plaques, qui a été invoquée par les partisans de la distinction de la morphée et de la sclérodermie en plaques, on peut faire valoir contre elle que le nombre de cas de morphée suivis jusqu'à leur terminaison est bien peu considérable et on est en droit de s'étonner de voir réserver le nom de sclérodermie en plaques à une affection dans laquelle la marche est tout à fait différente de la sclérodermie généralisée, tandis que la morphée présente précisément avec la sclérodermie cette analogie de la terminaison par atrophie cutanée. Il n'y a, conclut M. Bouttier, entre la morphée ancienne et la sclérodermie en plaques qu'une question de degrés.

Au chapitre de l'anatomie pathologique, M. Bouttier rapporte une autopsie et un examen bioscopique de peau sclérodermique inédits. A l'autopsie d'un cas de sclérodermie généralisée avec sclérodactylie, la peau était dure, amincie, le tissu cellulaire sous-cutané avait en grande partie disparu; les proportions de l'épiderme et du derme étaient dans leurs rapports normaux, la couche cornée de l'épiderme était cependant un peu épaissie, les cellules du corps muqueux étaient remplies de granulations pigmentaires, les papilles étaient normalement développées, le derme était traversé par de nombreuses fibres élastiques remarquables par leur réfringence, leur coloration jaunâtre et leurs ramifications; les canaux excréteurs des glandes sudoripares avaient leur lumière dilatée, leurs cellules de revêtement bien implantées sur les parois; les noyaux

des glandes sudoripares se coloraient bien et la coupe des poils paraissait normale; à la partie inférieure du derme, on voyait quelques rares coupes d'artères entourées d'un épais anneau de tissu conjonctif. Des filaments nerveux de la peau de l'avant-bras durcis à l'acide osmique ne présentaient aucune altération. Les ganglions cervicaux du grand sympathique et les ganglions semi-lunaires étaient sains au microscope. La moelle, ramollie, offrait sur la coupe, à l'œil nu, son aspect normal. Le cerveau était sain. Les artères des membres étaient indurées et élargies, légèrement athéromateuses. Les nerfs du bras n'offraient, à l'œil nu, aucune trace d'inflammation.

L'examen biopsique d'une plaque de sclérodermie de la jambe donna les résultats suivants : A la coupe, peau très épaissie, dure, blanche, peu mobile sur les parties profondes; au microscope, faisceaux de tissu conjonctif adulte, pressés les uns contre les autres, dirigés en différents sens, formant un feutrage extrêmement dense au niveau du derme et s'étendant dans la couche hypodermique; papilles effacées sur beaucoup de points et partout très diminuées de hauteur, constituées par du tissu conjonctif dense à faisceaux très serrés; épiderme normal; glandes cutanées et poils atrophiés et même disparus en beaucoup de points; larges faisceaux de fibres musculaires lisses montant obliquement dans le derme, sans être en rapport avec des follicules pileux, mais qui ne sont probablement que les muscles arrecteurs hypertrophiés de poils disparus; pas de lésions des tuniques interne et moyenne des vaisseaux du derme et de l'hypoderme, qui sont entourés de nombreuses cellules embryonnaires mais dont quelques-uns sont cependant immédiatement en rapport avec le tissu fibreux. Les nerfs situés au niveau même de la plaque de sclérodermie examinés sur les coupes et la branche cutanée du nerf cutané interne qui se rend à la plaque soumis à la dissociation ne présentent absolument aucune lésion. Sur les bords de la plaque, le passage à l'état normal se fait graduellement; les poils et les glandes reparaissent, l'épaisseur de la couche fibreuse diminue, et enfin le derme lui-même reprend son aspect normal.

Ces deux examens histologiques confirment, on le voit, les données acquises sur les lésions de la sclérodermie; comme les examens antérieurs, ils ne fournissent point d'argument décisif à l'appui de l'une ou de l'autre des théories émises pour expliquer le développement de cette affection.

Les lésions des centres nerveux n'ont plus été retrouvées après les autopsies de Luys et de Westphal. Les lésions des nerfs périphériques que Lagrange a constatées et attribuées à la propagation de l'inflammation du voisinage doivent, au contraire, être regardées comme primitives, aujourd'hui où les travaux de Cornil et Ranvier, de Vulpian et de

Leloir ont montré la résistance que le tissu nerveux offre aux inflammations secondaires, mais le fait de Lagrange est resté unique.

Néanmoins des preuves importantes tirées de l'observation clinique peuvent être citées à l'appui de la *théorie nerveuse* de la sclérodémie. En effet, cette affection offre des rapports de voisinage très intimes avec quelques maladies dont l'origine nerveuse est manifeste : la gangrène symétrique des extrémités, l'hémiatrophie faciale, le vitiligo; c'est là déjà une preuve de la vraisemblance de la théorie trophonévrotique. L'analyse des principaux symptômes de la sclérodémie vient confirmer cette opinion : troubles vaso-moteurs précédant la période d'état de la maladie et surtout prononcés dans la sclérodaectylie, modifications de la pigmentation, développement d'ulcérations sans cause extérieure appréciable, desquamations incessantes de l'épiderme rappelant parfois les états ichthyosiques, suppression de la sudation et de la sécrétion sébacée, anomalies de croissance des poils, développement de bulles pemphigoïdes, névralgies diverses, arthropathies à évolution singulière, voilà toute une série de troubles et de lésions dont la cause peut et doit être rapportée à une altération nerveuse. Si vague que soit l'étiologie, elle montre cependant que l'affection se développe la plupart du temps chez des sujets nerveux, à des degrés divers, depuis les simples migraineux jusqu'aux hystériques avérés, et présentant des modifications variables du caractère depuis les plus simples jusqu'à ses perversions les plus complètes et même jusqu'à l'aliénation mentale.

Le groupement de tous ces arguments, dont chacun isolé n'a qu'une valeur tout à fait secondaire, permet d'affirmer la nature nerveuse de la sclérodémie.

Mais quel est le siège de la lésion? Sont-ce les nerfs périphériques ou les centres nerveux? Le grand sympathique ou la moelle? Dans les formes à lésions nerveuses, on peut admettre une lésion centrale; mais dans les formes en plaques localisées une simple lésion des nerfs périphériques peut suffire à expliquer leur production; d'ailleurs on voit parfois les plaques de sclérodémie dessiner le trajet et la distribution d'un tronc nerveux. Une altération du sympathique explique les troubles vaso-moteurs, les modifications de la peau qui ne relèvent pas de l'inflammation, les ulcérations dont la marche rappelle celle du mal perforant plantaire. Mais il est impossible de préciser d'une façon exacte le siège de la lésion.

Enfin quelle est la cause de la lésion du système nerveux? Il n'est plus guère à l'heure actuelle de maladies dans lesquelles on puisse rejeter à l'avance l'existence de microbes et M. Bonttier pose discrètement la question, tout en ne prononçant que le mot d'hypothèse hasardée. Le rhumatisme, invoqué souvent comme cause de sclérodémie, agirait

pour quelques auteurs sur le système nerveux pour produire la sclérodémie.

L'artério-sclérose ne paraît pas être la cause du développement de la sclérodémie, car les causes habituelles de cette lésion, l'alcoolisme, la syphilis, le saturnisme, se rencontrent rarement chez les sclérodémiques, et, de plus, les autopsies de sclérodémiques mentionnent rarement des scléroses viscérales.

La sclérodémie doit être considérée comme une cirrhose de la peau caractérisée par une inflammation chronique et lente, commandée par des lésions nerveuses centrales et périphériques; c'est une inflammation, mais c'est aussi un trouble trophique.

Les *traitements* les plus variés ont été employés contre la sclérodémie et tous avec le même insuccès; iodure de potassium ou salicylate de soude à l'intérieur, suivant les cas, frictions d'huile de foie de morue, bains de vapeur, application de courants continus, tels sont les moyens les plus rationnels.

GEORGES THIBERGE.

VARIA.

PRINCIPAUX OUVRAGES REÇUS POUR LA BIBLIOTHÈQUE DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS (1).

Professeur Kaposi : *Syphilis der Haut*, 3 vol. in-fol., 1882. — Nivet : *Chancres syphilitiques extra-génitaux*, 1887. — Diday : *Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis*, 1858. — Fabre : *Le Zona*, 1882 ; *Des Mélanodermies*, 1872 ; et plusieurs brochures. — Mauricet (de Vannes) : *Diverses études d'Histoire médicale et d'Hygiène publique relatives au département du Morbihan*. — Berbez : *Hystérie et Traumatisme*, 1887. — Liebermeister : *Leçons de pathologie interne et de Thérapeutique trad. par Guiraud* (D^r Guiraud). — Macari (de Gènes) : *Obstetrica ginecologia et pediatria*, 1886. — Gautier (de Genève) : *Desquamation épithéliale de la langue ; Menstruation précoce* ; brochures. — Guaita (de Milan) : *La Salute del Bambino*, 1887. — Diday et Doyon : *Les Herpes génitaux*, 1886. — Auspitz, trad. par Doyon : *Pathol. et Thérap. génér. des mal. de la peau*, 1887 (D^r Doyon). — Ritzo : *Tuberculose cutanée*, 1887. — Finger (de Vienne) : *Die syphilis und die venerkrankheiten*, 1886, et de nombreuses brochures. — Van Harlingen : *Handbook of the diagnosis a treat. of skin dis.* Philadelphie, 1814. — Balmanno Squire : *On lupus erythematosus*. London, 1887. — Martineau : *Thérapeutique de la matrice*, 1887. — Arango (de Rio de Janeiro) : *Atlas des mal. de la peau*, 1^{er}, 2^e et 3^e fascicules. — Dupouy : *La Prostitution dans l'antiquité*, 1887. — Declercq : *Du Syphilome chancreux des org. génitaux*, 1885. — Lebrun : *Vitiligo d'origine nerveuse*, 1886. — Bidault : *Lupus compliqué d'épithélioma*, 1886. — Baude : *Contribution à l'étude du chancre simple*, 1886 ; — Prévost : *Fractures spontanées des os longs chez les syphilit.*, 1886. — De Fisson : *Des syphilides pigmentaires*, 1887. — De Bonnière de la Luzellerie : *Gangrènes dites foudroyantes des org. génit. de l'homme*, 1887. — Levêque : *Dermatoses d'origine nerveuses*, 1887. — Masurel : *Mal. de la peau d'origine spinale*, 1887. — Thèses passées à la Faculté de médecine de Lille, adressées par M. le professeur Leloir. — *Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1843-1845, 26 volumes. — *Moniteur des Hôpitaux*, 1853-1861, 9 vol. (D^r Thibierge). — *Gaz. hebdomad. de méd. et de chirurgie*, 10 premières années (D^r Besnier). — Baumé : *Nouvelle Dermatologie*, 1842 (D^r P. Lucas-Championnière). — Cazenave : *Traité des Syphilides*, 1843 (D^r Paul Lucas-Championnière). — Bordeu : *Recherches sur l'histoire de la médecine* (id.). — Portal : *Anatomie médicale*, 5 vol. (D^r Besnier). — Bœckel : *Etude sur les kystes hydat. du rein*, 1887.

(1) Quand l'ouvrage a été donné par une autre personne que l'auteur, le nom du donateur suit l'énoncé de l'ouvrage et est placé entre parenthèses.

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Société d'Imprimerie PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau (Cl.) 57.9.87.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRES.

I

NOTE SUR LA PLAQUE PRIMITIVE DU PITYRIASIS ROSÉ
DE GIBERT,

Par le Dr L. BROCCQ.

Bien que l'affection que nous désignons en France sous le nom de pityriasis rosé de Gibert soit encore assez mal définie à l'étranger, où elle donne lieu à des erreurs de diagnostic et surtout d'interprétation constantes, nous la connaissons assez bien et depuis assez longtemps dans notre pays pour que je renonce à en donner ici une description même succincte. Je renvoie ceux qui ne sont pas assez familiarisés avec elle au *Traité des maladies de la peau* de Gibert (1862), aux leçons théoriques et cliniques de Bazin sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse (1868), aux leçons de Hardy (1868) et à son nouvel ouvrage (1886), aux leçons de M. le Dr E. Vidal (1877), à celles de M. le Dr E. Besnier, au *Traité* de Duhring, annoté par mon excellent ami le Dr Barthélemy, aux thèses de Metton (1877), de Nicolas (1880), de Chappard (1885), enfin à ma correspondance française du *Journal américain de dermatologie* d'avril 1887, où je mets en relief quelques particularités encore peu connues de cette dermatose.

Qu'il me suffise de dire que cette affection, bien décrite pour la première fois par Gibert sous le nom de pityriasis rosé, a été nommée arthritide pseudo-exanthématique squameuse, et pityriasis rubra aigu disséminé par Bazin, érythème papuleux desquamatif par E. Vidal, pseudo-exanthème érythémato-desquamatif par E. Besnier, roséole squameuse par Fournier, pityriasis disséminé par Hardy, pityriasis maculata et circinata par Duhring, peut-être eczéma érythémateux et peut-être lichen annulatus serpiginosus par Erasmus Wilson, etc. Bazin en a décrit deux variétés, le pityriasis rubra maculata qui est le pityriasis rosé de Gibert typique, et le pityriasis rubra circinata auquel correspond peut-

être le pityriasis circiné de Hardy. Ces deux variétés ne sont, pour la plupart des auteurs, que des modalités éruptives de l'affection. En 1882, M. le Dr E. Vidal a décrit, sous le nom de pityriasis circiné et marginé une dermatose qui se rapproche beaucoup au point de vue symptomatologique des pityriasis circinés dont je viens de parler. Mon excellent et très honoré maître en fait une maladie à part, bien distincte du pityriasis rosé de Gibert, et il lui décrit un parasite : le microsporon anomœon ou dispar.

Je laisserai de côté cette dernière question : je ne m'occuperai ici que du pityriasis rosé de Gibert typique, de la forme clinique commune sur l'existence de laquelle tous les dermatologistes français s'accordent. Je ne veux d'ailleurs dans cette courte note que signaler un mode de début assez spécial de l'éruption, mode de début dont les auteurs n'ont encore, ce me semble, jamais fait mention.

En 1883, j'avais déjà remarqué, chez une dame atteinte de pityriasis rosé de Gibert, une plaque beaucoup plus large que les autres et par laquelle, au dire de la malade, avait débuté l'affection ; mais je n'y avais attaché aucune importance ; j'aurais continué sans aucun doute à ne pas relever les faits identiques, si je n'avais pas eu l'occasion, au mois de février 1887, d'observer le cas suivant :

Obs. I. — (Je copie presque textuellement la note qui m'a été remise par le malade lui-même, note qu'a rédigée son cousin, M. T..., ancien externe de l'hôpital Saint-Louis, avec lequel il habite et qui a vu évoluer toute la maladie.)

Vers les premiers jours de février 1887, le malade s'aperçoit par hasard, un soir en se déshabillant, de l'existence, à la partie antérieure de la poitrine, à 4 centimètres environ en dehors et un peu au-dessous du mamelon gauche, d'une macule de la grandeur d'une pièce d'un centime, arrondie, rosée, s'exfoliant très légèrement par le grattage et ne présentant ensuite aucun pointillé sanguinolent. Elle n'est pas prurigineuse ; le malade se déshabille complètement et se fait examiner par son cousin ; il ne présente en aucun point du corps aucune trace d'une autre lésion semblable soit en voie d'évolution, soit en voie de régression.

Le surlendemain, la plaque a doublé d'étendue : les bords en sont légèrement surélevés, squameux surtout au grattage, d'un rosé assez vif, tandis que le centre, beaucoup plus pâle et comme affaissé, semble être en voie de régression. C'est alors que le malade vient me consulter pour la première fois ; il est un peu effrayé de voir la tache s'agrandir : elle a environ les dimensions d'une pièce de deux francs. Je suis assez embarrassé pour porter un diagnostic précis : ce n'est pas là le cercle net, à bords si franchement limités, de l'herpès circiné parasitaire ; ce n'est sûrement ni du psoriasis, ni de l'eczéma, et je dis au malade : « Vous auriez quelques autres éléments semblables et surtout un peu plus rudimentaires sur le corps que je conclurais au pityriasis rosé de Gibert ». Craignant toutefois, malgré l'absence de tout signe probant, que ce ne soit un élément de trichophytie de la peau, je prescris de faire des lavages, matin et soir, avec une solution de sublimé, et de

mettre sur les parties malades de la pommade au calomel au vingtième. Je conseille de plus, si la lésion persiste après quelques jours de traitement, de faire des badigeonnages de teinture d'iode.

Trois jours après, la lésion a légèrement pâli : son extension semble arrêtée. Le malade, non content de ce résultat, se badigeonne deux fois à la teinture d'iode; ces badigeonnages irritent les téguments.

Le 11 février, huit ou dix jours au moins après l'apparition de la première plaque, le malade, qui s'examine chaque soir avec le plus grand soin, s'aperçoit de l'existence, en différents points du corps, çà et là disséminés sans aucun ordre, sans aucune localisation précise, d'éléments éruptifs assez nombreux, très petits, rosés, quelques-uns déjà squameux et blanchâtres vers leur centre. Il en compte dix ou douze à la face interne des cuisses, un peu au-dessous des plis génito-cruraux, autant environ aux régions axillaires, d'autres plus rares sur le tronc. Dès le lendemain matin, tous ces éléments ont augmenté de volume et il s'en est produit de nouveaux.

Le malade vient me voir immédiatement le 12 février, et je n'ai pas de peine, cette fois, à diagnostiquer un pityriasis rosé de Gibert.

La lésion initiale était détruite par la teinture d'iode; elle ne présentait plus rien d'intéressant à noter.

Je n'instituai aucun traitement; le malade souffrit de quelques démangeaisons; six semaines après, toutes les taches disparurent successivement et la guérison complète fut ainsi obtenue sans la moindre intervention thérapeutique.

Ce cas me paraît démontrer avec la dernière netteté la possibilité, pour le pityriasis rosé de Gibert, de commencer par une plaque éruptive primitive, unique, indolente, qui persiste seule en s'agrandissant périphériquement pendant quelques jours, puis subitement apparaissent les autres éléments éruptifs çà et là disséminés, formant une sorte de poussée secondaire remarquable par sa soudaineté, par la multiplicité des lésions, qui peuvent être plus ou moins prurigineuses.

Mon attention fut dès lors éveillée sur ce point précis; je me souvins des cas que j'avais observés en 1885, et je me promis, dès que cela me serait possible, de rechercher la fréquence de cette particularité. Or, j'ignore si c'est une série, mais pendant les mois d'août et de septembre 1887 que je viens de passer à l'hôpital Saint-Louis dans les services de MM. les D^{rs} Laillier et Vidal que j'ai eu l'honneur de remplacer, sur dix cas environ de pityriasis rosé de Gibert typique que j'ai pu recueillir, j'ai observé six fois le remarquable mode de début que je viens de signaler. Voici ces six observations résumées.

Obs. II — (Recueillie par M. Vaquez interne de M. le D^r E. Vidal.) — R..., Julie, couturière, âgée de 55 ans environ, entre au n° 4 de la salle Alibert, le 11 août 1887. Il y a environ trois semaines, elle a vu, par le plus grand des hasards, car elle n'éprouvait ni prurit, ni douleur, qu'elle avait sur l'abdomen, un peu au-dessus du nombril, une tache ovale à grand axe transversal, de la grandeur d'une pièce d'un franc, rouge et un peu squameuse. Cette tache persista sans aucun autre élément éruptif pendant quinze

jours environ; elle s'agrandit un peu, le centre s'affaissa et se décolora pour prendre une teinte café au lait, tandis que les bords restaient rouges, saillants, et desquamaient. A cette époque, la malade vit brusquement se produire de nouvelles taches rouges çà et là vers la lésion primitive : en l'espace de trois jours, l'éruption envahit l'abdomen tout entier, les parties latérales du tronc, et les régions voisines du dos. Cinq jours après, quand la malade entra à l'hôpital, elle était atteinte d'un pityriasis rosé de Gibert des plus nets, dont les macules couvraient l'abdomen, le dos, les flancs, les parties supérieures des cuisses et quelque peu la poitrine.

Obs. III. — Ren..., âgé de 31 ans, doreur sur bois, se présente le 23 août 1887 à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Il est atteint d'un pityriasis rosé de Gibert des plus nets, caractérisé par une éruption de petites taches rosées, squameuses, multiples, disséminées sur le cou, sur le tronc, sur les bras, sur la partie supérieure des cuisses, confluyente sur les parties latérales du corps. Il porte sur la région latérale gauche du cou une large plaque ovulaire de 4 centimètres de long sur 1 centimètre de large : à son centre, elle est blanche et d'apparence presque normale; elle est rouge sur les bords. Le malade affirme que l'affection a débuté il y a trois semaines par cette plaque, qui est restée absolument seule pendant huit jours; il y a quinze jours, les autres plaques se sont montrées soudainement en grand nombre.

Obs. IV. — Gr..., âgé de 40 ans, bonnetier, se présente le 21 septembre 1887 à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Il est atteint d'une affection rouge, sèche et squameuse fort intense, très prurigineuse, confluyente et d'un rouge vif sur les parties latérales du tronc, et vers les plis articulaires : mais en d'autres points, en particulier vers la partie médiane de la poitrine, il est facile de reconnaître les éléments érythémato-squameux caractéristiques du pityriasis rosé de Gibert. Sans que nous lui ayons posé la moindre question à ce sujet, il nous déclare spontanément que la maladie a débuté, il y a quinze jours environ, par une tache unique, située sur la partie latérale droite de l'abdomen, la hauteur du nombril. Cette plaque est restée seule pendant huit jours, puis est survenue brusquement l'éruption actuelle qui a envahi tout le corps avec la plus grande rapidité. La plaque primitive est encore visible, bien que l'éruption soit confluyente à son niveau : elle a environ les dimensions d'une pièce de deux francs; elle est légèrement ovulaire à grand axe transversal : elle est bien évidemment l'élément éruptif le plus considérable comme dimensions.

Obs. V. — P..., Joséphine, âgée de 30 ans, couturière, se présente le 27 septembre 1887 à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour un pityriasis rosé de Gibert typique. La malade s'est aperçue pour la première fois de l'existence de cette affection il y a seize jours environ. Elle prenait un bain quand elle éprouva une légère démangeaison au-dessus du sein gauche; elle vit alors en ce point une petite tache rouge de la grandeur d'une grosse lentille. Cette tache persista seule en s'agrandissant pendant quelques jours, pendant trois jours dit la malade, mais elle est assez peu précise à cet égard, puis elle vit survenir subitement en divers points du corps une abondante éruption de petites taches rosées assez prurigineuses.

Au-dessus du mamelon gauche, un peu en dehors du sternum, se voit une plaque d'un rose bistre au centre, d'un rouge assez vif à la périphérie, exactement circulaire et de la grandeur d'une pièce de un franc. Elle est couverte de fines squames pityriasiques. Elle est très visible au milieu des autres éléments éruptifs beaucoup plus petits qu'elle. L'éruption est abon-

dante sur le tronc (parties antérieures, latérales et postérieures), sur les bras, sur la partie supérieure des avant-bras, et sur les cuisses jusqu'aux genoux : elle est d'un rose un peu vif et est assez prurigineuse. Elle est tout à fait caractéristique du pityriasis rosé de Gibert.

Obs. VI. — Julie B..., domestique, âgée de 22 ans, se présente le 29 septembre 1887 à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour un pityriasis rosé de Gibert typique. Voici l'histoire très précise du début de l'affection. Le lundi 19 septembre, elle a éprouvé quelques démangeaisons modérées sur le devant de la poitrine, vers la partie latérale gauche du sternum à la naissance du sein gauche, et elle a remarqué qu'il y avait en ce point une petite tache rouge. Le mercredi 21 septembre, voyant que cette plaque s'élargissait, elle alla consulter un pharmacien qui lui fit appliquer une pommade irritante. Le vendredi 23, elle prit une purgation. La plaque rouge continuait à s'étendre et elle avait déjà atteint des dimensions assez considérables, quand, dans la nuit du samedi 24 au dimanche 25 septembre, il se produisit chez elle une grande quantité de petits boutons rouges sur toute la surface du tronc. La malade s'en aperçut le dimanche matin en prenant un bain d'amidon.

Actuellement la plaque primitive forme un ovale un peu irrégulier dont le grand axe vertical a 3 centimètres environ, et le petit axe transversal 2 centimètres. Elle est irritée, d'un rose bistre au centre, d'un rouge vif à la périphérie, très légèrement squameuse. Tout le tronc, le cou, les bras et les cuisses sont couverts d'une éruption typique très accentuée, d'un rose vif, de pityriasis rosé de Gibert.

Telles sont les six observations réellement démonstratives de l'existence d'une plaque primitive dans le pityriasis rosé de Gibert, que j'ai eu l'occasion de recueillir depuis le commencement de l'année. En voici deux autres un peu moins précises, que je crois néanmoins devoir mentionner.

Obs. VII. — L..., Eugénie, âgée de 23 ans, couturière, se présente le 30 août 1887 à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour un pityriasis rosé de Gibert caractérisé par une éruption d'éléments rosés, légèrement saillants et squameux sur le cou, le tronc, les bras, les aines et les cuisses. Cette éruption aurait débuté, au dire de la malade, il y a trois semaines environ, par deux plaques (peut-être par une seule, elle n'est pas très affirmative à cet égard), situées sur la partie latérale gauche du cou, rouges, squameuses, un peu prurigineuses. Ces deux plaques auraient persisté seules pendant plusieurs jours, puis il y aurait eu apparition simultanée d'autres éléments éruptifs sur le cou. Ces deux plaques primitives, qui sont réunies, et forment dans leur ensemble une vaste plaque à grand axe transversal de 3 ou 4 centimètres de long sont encore visibles lorsque j'observe la malade.

En consultant mes notes, j'ai retrouvé l'observation suivante que j'ai recueillie en 1882 dans le service de M. le Dr Bucquoy dont j'étais l'interne.

Obs. VIII. — B..., Antoinette, âgée de 30 ans, entre le 1^{er} septembre 1882, salle Saint-Jean, n° 26. Elle a vu paraître il y a environ quinze jours sur le

bras gauche une petite plaque rouge prurigineuse. Cette plaque a évolué toute seule pendant cinq jours : les autres plaques ne se sont produites sur le haut des bras et sur la partie supérieure du tronc qu'il y a dix jours environ. Le 2 septembre, l'éruption est caractérisée par de petites plaques rouges, irrégulières, recouvertes de fines squames pityriasiques surtout vers les bords. Elles sont disposées sans aucun ordre sur les parties latérales du cou, sur les épaules, vers les aisselles, sur la partie médiane de la poitrine, sur le ventre et quelque peu sur les membres inférieurs. On voit en ces régions d'assez larges plaques ovalaires et entre celles-ci de tout petits éléments variant comme volume de celui d'une tête d'épingle à peine à celui d'un pois. L'éruption est prurigineuse et en certains points, grâce aux lésions de grattage, elle prend un faux air d'eczéma sec. On pose le diagnostic de pityriasis rosé de Gibert. La malade sort le 9 septembre.

Description de la plaque primitive. — Je ne sais comment débute la plaque primitive du pityriasis rosé de Gibert. Il me paraît fort difficile qu'on arrive à l'observer dès son apparition, car elle est le plus souvent indolente, ou tout au moins le prurit qu'elle cause est tellement insignifiant que les malades ne s'aperçoivent de son existence que par hasard. Tout fait présumer qu'elle débute comme les autres éléments du pityriasis rosé par une macule congestive assez petite, qui devient rapidement squameuse et s'étend par les bords en s'affaissant au centre. Dans l'observation I, j'ai pu constater *de visu* les caractères de cette plaque alors qu'elle était encore la seule manifestation de l'affection. Il y avait déjà deux jours entiers que le malade s'en était aperçu. La plaque avait les dimensions d'une pièce de 2 francs : elle était presque géométriquement circulaire. Les bords étaient d'un rosé assez vif, un peu surélevés, recouverts de très fines squames assez adhérentes : leur ligne de séparation d'avec la peau saine était nette, quoique pas très fermement arrêtée. Le centre décoloré était d'un rose légèrement brunâtre et comme affaissé. Elle différait de l'herpès circiné en ce que la forme cerclée était peut-être moins géométrique, en ce que la bordure était moins colorée, plus large, moins nettement saillante, moins franchement limitée. Elle différait du psoriasis par le caractère des squames qui n'étaient pas na-crées, qui ne devenaient pas brillantes par le grattage : au-dessus d'elles, on ne trouvait pas de surface rouge vif parsemée d'un petit piqueté hémorrhagique. Enfin, on était obligé d'abandonner également le diagnostic d'eczéma, car la plaque était unique, assez limitée, à centre affaissé, non prurigineuse, et il était impossible d'y déceler par la loupe ou le grattage le moindre vestige de vésicules. En un mot, cette plaque ressemblait, comme je le dis au malade, à un élément de pityriasis rosé de Gibert, ou mieux encore à un élément de la dermatose que j'ai mentionnée plus haut, et à laquelle mon excellent et très honoré maître, M. le Dr E. Vidal, a donné le nom de pityriasis circiné et marginé.

Je n'ai observé que dans ce seul cas la plaque primitive alors qu'elle est l'unique manifestation morbide. Cependant j'ai pu étudier dans les cas II, III, IV, V et VI, les vestiges encore fort nets des plaques primitives alors que l'éruption secondaire s'était déjà produite. Je crois pouvoir en tirer les conclusions suivantes :

1° La plaque primitive se montre surtout sur le tronc, en particulier au niveau de la ceinture, vers les régions antérieures un peu latérales (*Obs. I, II, IV*), et sur le devant de la poitrine un peu au-dessus des seins (*Obs. V et VI*) ; elle peut également se produire sur les parties latérales du cou (*Obs. III et VII*) et probablement sur les bras (*Obs. VIII*). Cette localisation ne tient-elle pas à ce que les régions que je viens d'énumérer sont les endroits du corps les plus visibles, ceux que le malade peut le mieux surveiller ? et ne doit-on pas se demander si les plaques primitives ne peuvent pas tout aussi bien siéger sur les parties latérales et postérieures du tronc ; et, dans ce cas, si elles ne passent pas complètement inaperçues, grâce au peu d'intensité des phénomènes subjectifs. Deux faits que je viens d'observer, mais que je ne publie pas parce que l'éruption ne me paraît pas assez nette, me portent, en effet, à penser que la plaque primitive peut siéger dans le dos et sur les membres supérieurs.

2° La plaque primitive augmente lentement d'étendue en s'accroissant par les bords, et en s'affaissant et se décolorant au centre. Sa grandeur peut varier de quelques millimètres (ce qui paraît être assez rare), jusqu'à deux et plusieurs centimètres de diamètre (ce qui semble être la règle).

3° Elle présente le plus souvent une forme ovale, plus ou moins prononcée, parfois très allongée à grand axe transversal ou oblique par rapport à l'axe du corps, rarement parallèle à cet axe ; elle peut aussi être circulaire (*Obs. I et V*).

4° Son aspect est celui d'une large plaque de pityriasis circiné et marginé : je viens de le décrire.

5° Elle peut n'être le siège d'aucun phénomène subjectif ; parfois cependant les malades éprouvent à son niveau des démangeaisons plus ou moins accentuées.

6° Elle persiste seule pendant un temps qu'il m'est bien difficile de préciser (puisque l'on ne peut savoir l'époque réelle de sa première apparition), mais qui, selon toute probabilité, doit varier de quatre à quinze jours. Puis arrivent soudainement et simultanément plusieurs autres éléments éruptifs plus petits formant l'éruption secondaire.

7° Il doit être parfois possible, dans les premiers jours de l'éruption secondaire, de retrouver la plaque primitive, alors que son existence a complètement échappé au malade : les dimensions de la plaque primi-

tive sont, en effet, beaucoup plus considérables que celles des lésions secondaires nouvellement parues. C'est ainsi que dans les observations IV, V et VI, la plaque primitive se reconnaissait d'emblée au milieu de toutes les autres, par ses dimensions qui étaient au moins le double des plus volumineuses des taches secondaires : on aurait dit de loin un chancre syphilitique de l'abdomen ou de la poitrine en voie de disparition, entouré d'une éruption de roséole légèrement papuleuse. La forme même et l'aspect de la plaque primitive semblent aussi, au moins dans les cas que j'ai vus, différer quelque peu de ceux des plaques secondaires. Celles-ci sont moins nettement circonscrites, leurs bords sont moins franchement arrêtés. En un mot, elles répondent surtout au type dit pityriasis maculata; la plaque primitive répond au type pityriasis circinata.

Cependant, il doit y avoir des cas où un pareil diagnostic rétrospectif est impossible, soit que la plaque primitive s'efface assez vite, ce que j'ai constaté plusieurs fois, soit que quelques plaques secondaires prennent un grand développement et revêtent la forme circonscrite.

8° On peut se demander si la plaque primitive est toujours unique : l'observation VII et l'un des cas inédits dont j'ai parlé plus haut m'engageraient à admettre qu'elle peut être double ; il est vrai que, lorsque j'ai observé ces deux malades, les deux plaques primitives réunies ne formaient plus qu'une seule plaque allongée assez irrégulière. Il semble donc que, dans les cas de plaque primitive double, les deux éléments éruptifs soient voisins l'un de l'autre et se réunissent bientôt pour former une plaque unique. Je n'insiste pas sur ces faits ; n'ayant pas de documents suffisamment précis.

Évolution. — L'évolution ultérieure de la plaque primitive ne semble pas présenter de particularités importantes à signaler. Elle subit le sort des autres éléments éruptifs et finit par s'effacer peu à peu ou par se confondre avec les autres macules, après une période d'évolution qui varie de quinze jours à plusieurs semaines. Quand on se trouve en présence d'un pityriasis rosé déjà ancien, on ne doit donc pas s'attendre, dans la grande majorité des cas, à retrouver d'une manière précise les traces de la plaque primitive.

Fréquence. — Chez quatre autres sujets atteints de pityriasis rosé de Gibert que je viens d'observer pendant les mois d'août et de septembre à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, je n'ai pu retrouver la plaque primitive assez nette pour pouvoir en affirmer l'existence, et les malades n'ont pu me donner à cet égard aucun renseignement : ils ne s'étaient aperçu de leur dermatose qu'en se voyant envahis d'une multitude d'éléments éruptifs. Je ne saurais donc dire quelle est la fréquence du mode de début que je viens de signaler, s'il est constant, s'il s'observe

seulement dans quelques cas fort rares, s'il doit caractériser une variété spéciale de pityriasis rosé. Ceux chez qui je l'ai noté présentaient tous les symptômes du pityriasis rosé ordinaire; dans les observations I, III et V, l'éruption, quoique assez marquée, n'avait qu'une intensité très modérée, était assez peu prurigineuse et non enflammée; dans les observations II et VI, elle était plus vive, plus abondante; dans les observations IV et V, elle était intense, confluyente par plans, d'un rouge vif et très prurigineuse. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour élucider les divers points que je viens de signaler, mais leur étude sera des plus difficiles en raison même du peu de phénomènes subjectifs éprouvés par les malades au début, de telle sorte que les premières phases de l'affection peuvent passer complètement inaperçues.

Valeur de ce symptôme. — Si, dans les faits que je viens de relater, le pityriasis rosé de Gibert avait débuté en un point du corps par un élément éruptif qui, tout en s'élargissant graduellement, se fût entouré peu à peu, progressivement, d'autres éléments identiques, je n'aurais pas pris la peine de signaler cette petite particularité qui n'aurait pas la moindre signification. Mais ce n'est pas ainsi que se sont passés les phénomènes précédemment mentionnés; d'autres éléments éruptifs ne se sont pas formés çà et là ou tout autour de la première plaque peu après, ou même un ou deux jours après son apparition; cette première plaque a persisté seule, unique, en s'élargissant lentement, pendant huit ou dix jours, peut-être même davantage, et c'est après ce laps de temps, relativement considérable, qu'on a vu éclater en quelque sorte l'éruption secondaire: cette éruption n'a pas été constituée d'une ou de deux plaques satellites, mais d'une grande quantité d'éléments éruptifs qui ont paru simultanément, soit dans le voisinage de la plaque primitive, soit çà et là en un point quelconque du corps.

Cette marche a vraiment quelque chose de spécial, d'insolite; on est tenté, presque involontairement, de comparer la plaque primitive au chancre syphilitique, et l'éruption de taches secondaires à celle de la roséole ou de la syphilide papuleuse qui constituent les premières manifestations cutanées dites secondaires de l'infection syphilitique.

Certes, rien ne me serait plus facile que de me lancer dans le champ des hypothèses, de faire remarquer que l'affection se conduit tout d'abord comme une affection purement locale, et semble être le résultat direct d'une inoculation, puis qu'au bout d'un certain temps, il se produit une sorte d'infection générale de l'économie, caractérisée par une éruption quasi-généralisée et disséminée çà et là.

Mais les faits sont encore trop peu nombreux, ils réclament trop d'études complémentaires pour que je me donne le stérile et ridicule plaisir d'échafauder sur eux des théories aussi aventureuses. Je me con-

tenterai de dire que le siège assez fréquent de la plaque primitive sur le tronc, en des régions constamment protégées par des vêtements, est fort peu favorable à l'hypothèse d'une inoculation directe comme point d'origine, et, d'autre part, que le début du pityriasis rosé de Gibert, par une plaque unique simulant jusqu'à un certain point un cercle d'herpès circiné parasitaire, ne saurait en rien confirmer l'opinion des dermatologistes étrangers qui veulent faire de cette affection la trichophytie généralisée de la peau. La marche de l'éruption et le mode de production des plaques secondaires rendent en effet cette théorie tout à fait inadmissible. Si le pityriasis rosé de Gibert est une affection parasitaire ou microbienne, ce qui nous paraît maintenant bien probable, le parasite n'est sûrement pas le trichophyton tonsurans.

Si les recherches ultérieures viennent prouver que le mode de début que nous venons d'étudier n'est pas une rare anomalie, mais s'observe dans les formes ordinaires du pityriasis rosé de Gibert, l'existence d'une plaque primitive dans un cas douteux pourra aider à porter le diagnostic ; or, tous les dermatologistes savent combien il est parfois difficile de distinguer certains cas de pityriasis rosé des éruptions syphilitiques, du psoriasis, et surtout de l'eczéma. Cette petite particularité pourra dès lors ne plus être une simple curiosité clinique, elle pourra, dans certains cas, avoir une réelle importance pratique.

II

ESSAIS D'INOCULATION DE LA LÈPRE AUX ANIMAUX,

Par le Professeur **H. LELOIR.**

Comme je l'ai fait observer dans mon *Traité de la lèpre* (Paris, 1886, p. 235 et suiv.), les résultats obtenus par l'inoculation aux animaux de parcelles de tissus lépreux sont loin d'avoir donné jusqu'ici des résultats positifs.

C'est en vain, en effet, que Hillairet et Gaucher, E. Vidal, Köbner, A. Hansen etc., et moi-même avons inoculé des parcelles de tissus lépreux à des animaux d'espèces différentes, les produits d'inoculation se nécrosèrent, les animaux ne devinrent pas lépreux, et finalement le nodule d'inoculation se résorba. Il est vrai que Neisser, Damsch, Ortmann, Melker ont cru, en inoculant aussi différentes espèces d'animaux, produire des lèpres locales, c'est-à-dire qu'ils ont vu les tissus très voisins du nodule d'inoculation envahis par les bacilles. Toutefois, la lecture attentive des observations de ces auteurs montrera que leurs expériences d'inoculation, bien que très intéressantes, sont loin d'être démonstratives.

J'ai démontré en outre, dans mon *Traité de la lèpre* (p. 235 à 239) « que, lorsqu'on trouve des bacilles en plus ou moins grand nombre « dans les tissus de nouvelle formation entourant le nodule d'inoculation, on ne doit pas toujours en conclure pour cela, d'une façon « absolue, qu'il s'agit là de bacilles en voie de multiplication et que « l'on a obtenu un foyer de culture locale du bacille autour du produit « d'inoculation. »

J'ai établi, en effet, par plusieurs expériences, que, en employant comme matière d'inoculation des léprômes dont les bacilles (à la suite de diverses manipulations) avaient été tués, on retrouvait dans le tissu de nouvelle formation, entourant le nodule d'inoculation, des bacilles de la lèpre nettement colorés par les méthodes ordinaires et très abondants.

Ces expériences me semblaient établir que, dans ces cas particuliers, les bacilles que j'ai trouvés dans le tissu inflammatoire, entourant mes nodules lépreux d'inoculation, n'étaient autre chose que des bacilles provenant de la désagrégation du léprôme d'inoculation, des bacilles

morts, recueillis par les cellules embryonnaires, lymphatiques, de la même façon que celles-ci englobent certaines poudres inertes (carmin, poussières colorées, etc.), et, qu'en un mot, il ne s'agissait pas ici de bacilles en voie de multiplication.

Voici d'ailleurs ce que j'ai écrit à ce propos (aux pages 233, 234 et 235) de mon *Traité de la lèpre*, paru en juillet 1886 — et dont le manuscrit a été déposé le 22 février 1886 à l'Académie de médecine :

« J'ai également inoculé, dans la cavité péritonéale et sous la peau, « cinq cobayes avec des parcelles de tissu lépreux (tubercules cutanés), « recueillis sur quelques malades de l'hôpital Saint-Louis. Je n'ai « jamais obtenu d'inoculations satisfaisantes, bien que j'aie conservé « trois de ces cobayes pendant deux ans et demi, avant de les sacrifier. « Les deux autres ont été sacrifiés au bout de six mois.

« Des deux cobayes sacrifiés au bout de six mois d'inoculation, le « premier avait été inoculé sous la peau du dos ; chez le deuxième, « j'avais accolé au morceau de tubercule lépreux glissé sous la peau « du ventre, un lambeau d'épiploon hernié, destiné à le nourrir et à « l'empêcher de se nécroser (d'après le procédé expérimental que j'ai « indiqué en 1884, pour le lupus ; voir ma communication sur la na- « ture du lupus vulgaire, Congrès international des sciences médicales. « Copenhague, août 1884, et *Progrès médical*, décembre 1884). Chez « le premier cobaye, dans les coupes comprenant à la fois le morceau « de léprôme introduit sous la peau du dos et l'hypoderme ambiant, « j'ai trouvé une grande quantité de bacilles dans le nodule d'inocula- « tion, mais aucun bacille dans les tissus ambiants.

« Chez le deuxième cobaye, le nodule d'inoculation se trouvait rata- « tiné et caséifié dans le tissu cellulaire sous-cutané, entouré de tous « côtés et fixé à la peau par un tissu de nouvelle formation, de couleur « un peu acajou. Ce tissu brunâtre ne s'étendait guère en hauteur, « mais il filait dans l'hypoderme et s'étalait sous le derme en s'étendant « à 3 millimètres du nodule d'inoculation. Ce tissu brunâtre, mou, « s'étendait aussi à 3 ou 4 millimètres sur le lambeau épiploïque que « j'avais accolé au nodule d'inoculation. Les ganglions de voisinage, et « d'ailleurs tous les autres tissus, paraissent sains. Je pratique des « coupes d'ensemble, portant sur le tissu brunâtre qui englobe le no- « dule d'inoculation, et sur le nodule d'inoculation lui-même. Dans le « nodule d'inoculation, je trouve encore une grande quantité de ba- « cilles. Des coupes du tissu brunâtre ambiant, colorées avec le picro- « carmin, me montrent que ce tissu présente la structure du tissu « embryonnaire, d'un tissu de bourgeons charnus. Mais un grand « nombre de ces cellules présentent des granulations brunâtres. Et à « mon grand étonnement, en colorant avec le procédé de Ehrlich, un

« certain nombre de coupes de ce tissu brun, je constate qu'il existe
« beaucoup de bacilles dans un grand nombre des cellules de ce tissu
« de nouvelle formation. Ces cellules, contenant des bacilles lépreux,
« sont surtout abondantes le long des vaisseaux. Elles étaient d'autant
« plus abondantes et d'autant plus riches en bacilles, qu'elles siégeaient
« dans un endroit plus rapproché du nodule d'inoculation. Cependant,
« il existait des espèces de bandes de cellules pleines de bacilles, filant
« en quelque sorte le long du lambeau épiploïque accolé et sous le
« derme, jusqu'à 4 à 5 millimètres environ du nodule d'inoculation.

« Ce fait est très intéressant, mais je me garderai bien d'en tirer une
« conclusion absolue et d'affirmer que j'ai, dans ce cas, produit une
« une lèpre locale. Il se pourrait, en effet, que les bacilles que j'ai
« trouvés dans le tissu de nouvelle formation entourant mon nodule
« d'inoculation ne soient autre chose que des bacilles provenant de la
« désagrégation du léprôme d'inoculation, que ce soient des bacilles
« recueillis par les cellules embryonnaires, de la même façon que les
« cellules embryonnaires, lymphatiques, englobent certaines poudres
« inertes (carmin, poussières colorées, etc.) et, qu'en un mot, il ne
« s'agisse pas ici de bacilles en voie de multiplication.

« Ce qui pourrait porter à admettre cette opinion est l'expérience que
« j'ai instituée il y a un an. J'inocule deux cobayes absolument de la
« même façon que mon cobaye n° 2. Mais, au lieu d'un léprôme frais,
« j'emploie comme matière d'inoculation des morceaux de tubercules
« lépreux cutanés, très riches en bacilles, mais que je conservais de-
« puis trois ans dans l'alcool absolu. Pour plus de sûreté, je fais sécher
« pendant une heure mes morceaux à inoculer dans une étuve sèche à
« 48°. Je replace dans l'alcool absolu frais, pendant quelques jours
« avant l'inoculation. J'ai sacrifié ces deux cobayes il y a six mois.
« Par conséquent, ces deux cobayes avaient été inoculés absolument de
« la même façon et pendant le même temps que le cobaye n° 2. Mais,
« au lieu d'employer pour l'inoculation un léprôme contenant des ba-
« cilles vivants, j'avais employé un léprôme contenant des bacilles
« certainement morts depuis longtemps.

« Eh bien, chez ces deux cobayes, j'ai obtenu des résultats presque
« identiques à ceux que je viens de décrire chez le cobaye n° 2. Les
« nodules d'inoculation se sont ratatinés, caséifiés; ils ont été entourés
« d'un tissu brunâtre, composé de cellules embryonnaires; et quel-
« ques-unes de ces cellules embryonnaires renfermaient des bacilles
« très nettement colorables. Il est vrai que, chez ces deux cobayes, il y
« avait beaucoup moins de cellules contenant des bacilles et que ces
« bacilles étaient beaucoup moins abondants.

« J'ai tué, il y a quelques mois, les trois cobayes que j'avais ino-

« culés dans la cavité péritonéale avec des léprômes cutanés nodu-
 « laires, deux ans et demi auparavant. J'ai trouvé dans un coin de la
 « cavité péritonéale, chez ces trois cobayes, un petit noyau entouré
 « d'une sorte de coque grisâtre de tissu de nouvelle formation. Le
 « noyau fendu présentait un centre caséeux, qui n'était autre vrai-
 « semblablement que le léprôme d'inoculation. J'ai examiné ces noyaux
 « en pratiquant dans eux une série de coupes colorées par le procédé
 « de Ehrlich. Seul le centre caséeux renfermait des bacilles encore
 « très nets, mais la plupart fragmentés. La coque du tissu de nouvelle
 « formation ne renfermait aucun bacille. Chez ces animaux, tout le
 « reste de la cavité péritonéale, les ganglions, les tissus ambiants étaient
 « demeurés absolument sains.

« Nous voyons donc que jusqu'ici, pour ne nous en tenir qu'à la ri-
 « goureuse constatation des faits observés, les inoculations de lèpre
 « tentées chez les animaux n'ont donné aucun résultat. Les inocula-
 « tions au moyen de cultures pures de bacilles faites par Hansen ont
 « été également négatives. Donc, jusqu'ici, nous pouvons dire que
 « l'animal susceptible d'être rendu lépreux nous manque. Il semblerait
 « qu'il en soit de la lèpre comme de la syphilis, et que, jusqu'ici, l'on
 « doive admettre également pour la lèpre qu'elle n'est pas transmis-
 « sible aux animaux. (Voir mes leçons sur la syphilis. — *Progrès mé-
 « dical*, 1885). Ainsi donc, malheureusement, l'animal réactif nous
 « manque. »

Il résulte, de mes expériences publiées en 1886, que la présence
 de bacilles autour du point d'inoculation, ne doit pas permettre d'affirmer, d'une façon absolue, que l'on a produit un foyer lépreux (même des plus localisés) chez l'animal en expérience, « car j'ai montré
 « que l'on pouvait obtenir des résultats analogues et au point de vue
 « macroscopique et au point de vue microscopique en inoculant des
 « produits lépreux morts, renfermant des bacilles lépreux morts. »

Ce n'est pas sans plaisir que j'ai vu reproduit, développé et confirmé
 le résultat de mes expériences publiées en juillet 1886, dans un travail
 publié par le professeur Campana en juin 1887 (dans les *Vierteljahrress-
 chrift für Dermatologie*, p. 442, 433, 446 et 447).

Bien que Campana semble ignorer complètement dans ce travail
 (paru un an après mon *Traité de la lèpre*), les expériences et les résul-
 tats obtenus que j'avais publiés sur ce sujet; il est, chose bizarre, et
 dont je ne saurais trop me féliciter, arrivé (grâce à des procédés de
 technique expérimentale presque semblables à ceux que j'avais em-
 ployés) à des conclusions identiques à celles que j'avais émises un an
 auparavant. Je dois même ajouter que cette confirmation de mes re-
 cherches antérieures me rend d'autant plus heureux que M. Campana

est encore plus absolu que moi dans les conclusions qu'il émet ; il est, passez-moi l'expression française , « plus royaliste que le roi ».

Je le répète, je suis très heureux de voir mon opinion confirmée d'une façon aussi absolue par un dermatologiste de la valeur de Campana.

Depuis la publication de mon *Traité*, en 1886, j'ai pu (grâce à la présence d'un lépreux dans ma clinique) inoculer avec des produits de cette lèpre systématisée tégumentaire, un certain nombre d'animaux.

J'ai obtenu des résultats analogues à ceux que j'ai publiés en 1886, entre autres chez un jeune cochon de lait que j'avais inoculé avec des produits lépreux et qui, adulte, est mort du rouget de porc. Plusieurs jeunes chats, que j'ai également inoculés, sont actuellement bien portants et paraissent en train de résorber (comme le porc et les autres animaux) leurs nodules d'inoculation.

Je reviendrai, d'ailleurs, plus tard, sur ces expériences, s'il y a lieu.

III

SUR LA QUESTION DE LA CONTAGION DE LA PELADE,

Par le Dr **Georges THIBIERGE.**

(Suite et fin.)

III

Gillette (1) a publié l'une des premières relations dans lesquelles on peut voir une preuve de la transmission de la pelade par contagion : il s'agit de plusieurs élèves (six au moins) d'un collège de Paris qui, à la suite de l'arrivée d'un élève de province présentant une plaque alopécique sur le côté de la tête, furent atteints d'alopécie également disposée sous forme de plaque, survenant brusquement sans aucun signe précurseur. L'un de ces enfants avait quelques pustules éparses d'impétigo; chez un autre, un peu de desquamation furfuracée était mêlée aux cheveux environnants. C'est sur cette desquamation que plusieurs auteurs, notamment M. Horand (2), se sont basés pour nier qu'il se fût agi dans ces cas de pelade, et pour admettre que l'affection de ces jeunes lycéens n'était autre que la trichophytie. Gillette dit pourtant — et cela semble bien prouver qu'il avait réellement observé des cas de pelade — que les plaques alopéciques, même au début, ne présentaient rien autre que la blancheur indiquée par Bateman. Mais, comme il s'agit de faits déjà anciens, que des doutes peuvent subsister sur leur interprétation, nous ne les aurions pas cités si, en raison même de leur date, ils ne constituaient un des premiers documents sur la question.

Nous reconnaissons que leur valeur est bien inférieure à celle des observations plus récentes. De celles-ci, la plus importante de toutes est celle de cette école de Nogent, dans laquelle 30 ou 40 élèves furent atteints en même temps d'une affection du cuir chevelu que notre maître, M. Besnier, put observer sur plusieurs d'entre eux et reconnaître pour la pelade. A côté de ce fait, vient se ranger celui signalé par Hillairet (3),

(1) GILLETTE. Sur une forme singulière d'alopécie partielle. In *Compte rendu des séances de la Société médicale d'émulation*. (*Gazette médicale de Paris*, 1839, p. 573.)

(2) HORAND. Considérations sur la nature et le traitement de la pelade. (*Annales de Dermatologie*, 1^{re} série, tome VI, p. 408.)

(3) HILLAIRET. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 2^e série, tome XI, 1874, p. 429.

de six employés, travaillant dans un même bureau du chemin de fer de l'Est, qui sont venus réclamer ses soins l'un après l'autre et qui tous étaient atteints de pelade; ces employés avaient dans leur bureau un chat malade, qui perdait ses poils, et qui était sans cesse blotti dans leurs casquettes. Ces deux exemples sont connus de tous; l'extension de la maladie à un certain nombre d'individus les rend particulièrement remarquables, l'autorité des observateurs qui les ont constatés ne permet pas de douter que l'affection ait bien mérité le nom de pelade. Il est donc impossible de les négliger et de les considérer comme nuls et non avenus, ainsi que cela a été fait parfois.

Les faits observés l'an dernier dans la garnison de Montpellier pourraient davantage prêter à la discussion: en raison même du milieu où ils se sont produits, en raison de la tendance que pouvaient avoir les soldats à déclarer, dans le but d'obtenir un congé, qu'une alopecie, plus ou moins ancienne, avait une origine récente, en raison enfin du soin minutieux avec lequel les traces les plus légères de pelade étaient recherchées par le médecin du corps, soucieux de la santé de ses hommes, de telle sorte qu'il pouvait découvrir d'anciennes plaques de pelade dont les hommes ignoraient l'existence, on pourrait croire que des reliquats d'affections anciennes du cuir chevelu ont été pris pour une pelade en évolution et que le chiffre réel des cas existant et se développant simultanément était inférieur à celui des faits signalés. Ces objections ne sauraient cependant tenir devant cette affirmation du médecin du corps que les soldats malades, minutieusement et itérativement interrogés sur ce point, ont toujours soutenu que la chute de leurs cheveux remontait seulement à une, deux ou trois semaines, et devant cette constatation que les plaques étaient encore peu étendues chez la plupart des malades dont la maladie fut découverte lors des inspections spéciales du cuir chevelu. Que les 120 hommes du 122^e de ligne chez lesquels on constata des plaques d'alopecie n'aient pas été tous atteints de pelade, que le diagnostic ait été pour certains quelque peu suspect, le médecin qui les a visités ne le nie pas, puisqu'il déclare que sur les 120 cas d'alopecie constatés au 122^e régiment de ligne, 80 seulement étaient, à son avis, de nature peladique; mais que dans un régiment, où les hommes portent les cheveux ras, ce qui rend facile la constatation de plaques alopeciques, on trouve en tout temps 80 cas de pelade, voilà qui certes dépasse toute probabilité et il faut bien admettre que cette anomalie reconnaît pour cause le développement simultané, ce qui revient à dire épidémique, de l'affection, laquelle n'a pu être que transmise par contagion. Cette contagion, le mécanisme en est net pour le soldat qui avait reçu le képi d'un camarade réformé comme peladique et dont nous avons déjà parlé plus haut. Pour d'autres, il est moins apparent, mais il faut

peut être invoquer, avec M. Coustan, la tondeuse, dans les rainures de laquelle il reste toujours des débris de cheveux, et cela est d'autant plus admissible que, dans la saison où la pelade fut si fréquemment constatée, la chaleur forçait les soldats à tenir leurs cheveux très courts et à les faire couper plus fréquemment. Une preuve de la transmission par contagion est fournie, dans cette même épidémie de Montpellier, par un officier d'habillement, dont l'histoire est rapportée par M. Coustan ; cet officier, qui manie souvent des effets au magasin, se frotte souvent le menton avec l'index de la main droite : il présentait, au moment de l'épidémie, deux plaques de pelade dans les points de la barbe où il se frotte le plus souvent.

La plupart des auteurs citent des faits tirés de leur pratique personnelle, dans lesquels plusieurs sujets vivant en commun ont été atteints de pelade simultanément ou successivement.

M. Hardy (1) déclare avoir vu si souvent la pelade se communiquer à des membres d'une même famille, à des personnes ayant à leur service des domestiques atteints de cette affection, qu'il se croit autorisé à admettre que la pelade est contagieuse.

Un collégien observé par M. Lailier (2), après avoir contracté la pelade de son voisin de rang, la donna à son frère ; une jeune fille, observée par le même médecin, prit par deux fois la pelade en se servant des objets de toilette d'une de ses amies.

MM. Besnier et Doyon (3) ont vu la pelade se développer sur plusieurs employés du même bureau.

M. Vidal (4) a donné des soins à un acteur atteint de pelade, qui avait parfaitement remarqué que cette affection lui était venue après s'être servi d'une perruque appartenant à un de ses camarades atteint de tonsures. Dans une famille de trois enfants, également observés par M. Vidal, l'un des enfants, âgé de 6 ans, contracta la pelade, puis la communiqua à sa sœur âgée de 4 ans $\frac{1}{2}$, et quinze jours après à son frère aîné. Le même observateur a vu la petite fille d'un pharmacien prendre la pelade, la donner à trois autres enfants, et enfin à son père qui fut atteint de pelade de la barbe.

Un jeune homme de 22 ans, soigné par M. Brocq, était atteint depuis quelques jours d'une pelade ; il prétendait que cette affection lui avait été transmise par sa mère qui était atteinte de pelade depuis trois mois ; quinze jours plus tard, la maîtresse de ce jeune homme, âgée d'une

(1) A. HARDY. *Traité pratique et descriptif des maladies de la peau*. Paris, 1886, p. 413.

(2) C. LAILLIER. *Leçons cliniques sur les teignes*, recueillies et rédigées par Landouzy. Paris, 1878, p. 82 et 83.

(3) E. BESNIER et DOYON. Annotations à la traduction de Kaposi, tome II, p. 169.

(4) E. VIDAL. *Leçons sur la pelade*, citées par Brocq.

vingtaine d'années, vint consulter M. Brocq : peu avant l'entrée de son amant à l'hôpital, elle avait remarqué que ses cheveux commençaient à tomber et elle était atteinte d'une pelade nettement caractérisée.

M. Buchin (1) rapporte, dans sa thèse, l'observation d'un jeune enfant, soigné dans le service de M. Hallopeau et atteint de pelade depuis un an, qui transmet la maladie à son frère et celle, plus douteuse, d'une enfant observée par M. Vidal, qui aurait contracté la pelade de sa tante, atteinte de cette maladie depuis dix ans.

M. Lorient (2) a vu, dans le service de M. Vidal, un employé de 18 ans qui, ayant mis la coiffure d'un de ses camarades atteint de pelade, reconnu, au bout de quelques jours, la présence sur lui-même d'une plaque de même nature ; il a recueilli, dans le même service, l'observation d'un bijoutier de 20 ans, pris de pelade après s'être servi du chapeau d'un ami atteint de la même affection ; celle d'un écolier de 11 ans, qui aurait contracté la pelade de son voisin de classe ; celle d'un employé de 18 ans, dont la belle-sœur présenta une petite plaque de pelade quelques jours après s'être reposée sur le lit de son beau-frère, atteint lui aussi de pelade depuis quelques semaines. Deux sœurs jumelles, également observées dans le service de M. Vidal, allaient dans une école que fréquentait une petite fille atteinte de pelade et furent atteintes d'une pelade, constituée d'abord par une plaque unique, puis par des plaques disséminées. Dans une autre observation citée dans la même thèse, l'auteur rapporte qu'un enfant de 6 ans, amené à la consultation pour une pelade achromateuse, avait un frère aîné, guéri depuis quelque temps déjà d'une pelade décalvante du cuir chevelu et des sourcils ; les deux frères couchaient ensemble depuis trois semaines, et la mère avait changé tous les effets de literie, sauf le traversin ; le plus jeune des enfants ne se servait ni des vêtements ni des coiffures de l'aîné. Cette dernière observation semble à l'auteur d'une interprétation difficile, en raison de la forme différente revêtue par la pelade chez les deux frères ; pour notre part, nous ne croyons pas que ce soit là une difficulté et nous ne voyons pas, entre les formes décalvante et achromateuse, un abîme si grand qu'elles ne puissent se transmettre indifféremment l'une ou l'autre ; aussi enregistrons-nous cette observation comme un exemple de contagion.

Nous trouvons encore dans un travail récent de M. Schachmann (3) le sommaire de deux observations concernant l'une (observation II) une

(1) BUCHIN. *Thèse citée*, observations IV et III.

(2) LORIENT. *Thèse citée*, observations I, III, IV, V, VI, XVII.

(3) SCHACHMANN. Contribution au traitement de la pelade. (*Annales de Dermatologie*, 1887, p. 178.)

petite fille qui contagionna son frère et sa sœur, l'autre (observation III) un garçon de 14 ans qui fut contagionné par son frère.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les faits que nous venons de citer, nous voyons que la transmission de la pelade se fait dans des conditions très diverses : atteignant parfois un grand nombre de sujets vivant en commun dans une école ou dans un régiment, elle restreint parfois son extension, se propageant dans une école d'un enfant à son voisin ; les sujets ainsi contaminés peuvent, en rentrant dans leur famille, devenir le point de départ de nouveaux cas de pelade, en contagionnant leurs frères et sœurs, dont ils partagent le lit, les objets de toilette ou les coiffures ; le mari, atteint de pelade, peut la transmettre à sa femme, ou réciproquement. Enfin, il n'est pas jusqu'aux animaux qui ne puissent être les agents de transmission de la maladie dont ils sont parfois atteints.

A ces observations de contagion de la pelade, il faut joindre quelques arguments qui tendent à faire admettre sa nature parasitaire : d'abord la forme des plaques alopeciques dont les contours régulièrement arrondis rappellent si bien la forme des cercles de trichophytie et des éruptions dermatophytiques en général ; ensuite le rôle utile que paraît avoir l'épilation des cheveux situés immédiatement au pourtour des plaques alopeciques dont elle empêche l'extension ultérieure, comme si elle supprimait le terrain nécessaire à la germination et à la dissémination du parasite. M. Brocq fait encore remarquer, et avec raison, le nombre relativement assez grand des pelades, occupant fréquemment la barbe, contractées par les élèves en médecine qui fréquentent les services où sont soignés les peladiques.

Après avoir exposé les faits qui militent en faveur de la contagion de la pelade, nous devons examiner les objections qui ont été formulées contre elle.

Ces objections peuvent être résumées dans les propositions suivantes : 1° Les prétendus cas de contagion de la pelade ne sont que des faits de trichophytie méconnue ; 2° l'apparence d'épidémie ou de contagion, dans les cas où le diagnostic est exact, est fournie par le développement successif de la pelade chez des individus soumis aux mêmes conditions d'hérédité ou de vie sociale ; 3° les contacts si répétés, si intimes qu'ils soient entre un individu atteint de pelade véritable et un individu sain ne produisent jamais la pelade chez ce dernier ; 4° les inoculations tentées soit chez les animaux, soit chez l'homme, ont toujours été négatives.

Voyons, en les discutant successivement, jusqu'à quel point ces objections sont fondées.

La trichophytie, a-t-on dit, peut, dans certaines circonstances, simuler absolument la pelade ; ce sont des cas semblables qui ont dû être pris

pour des cas de pelade et dont la transmission par contagion a fait croire à la contagion de la pelade. L'existence de pseudo-pelades trichophytiques n'est pas douteuse : l'observation de Gibert (1) qui a vu un enfant sur lequel se trouvaient réunis la teigne tondante, une plaque ayant tous les caractères de la pelade, et des cercles de trichophytie cutanée, celle identique citée par M. Horand (2), prouvent bien la réalité de ces faits trompeurs. Récemment encore, Schütz (3) a publié la relation de faits considérés comme des cas de pelade dans lesquels l'examen microscopique révélait l'existence de spores de trichophyton. De tels faits pourraient en imposer à des observateurs peu expérimentés et ont pu être la cause d'erreurs à une époque où le microscope n'était pas employé pour confirmer le diagnostic de pelade ; mais cette objection ne saurait être opposée aux faits récents, à ceux signalés par des observateurs comme M. Hardy, comme MM. Lailler, Besnier, Vidal, pour lesquels l'examen microscopique pratiqué par eux-mêmes ou devant eux par des médecins d'une compétence éprouvée est une règle absolue ; cette règle n'a certainement pas été enfreinte dans les cas donnés à l'appui de l'origine contagieuse de la pelade, à cause même des doutes qui ont été élevés sur la possibilité de cette origine.

Dans les épidémies de pelade véritable, il n'y a, disent certains auteurs, que l'apparence d'une épidémie, due à ce que la pelade s'est développée successivement chez plusieurs individus vivant dans le même milieu, soumis aux mêmes influences, présentant souvent la même modalité héréditaire de la nutrition. Cet argument n'est pas sans importance et cette explication, si elle était exacte, ferait comprendre pourquoi la pelade se rencontre simultanément chez plusieurs enfants d'une même école, chez plusieurs soldats d'un même régiment, par suite de l'identité du milieu où se trouvent ces enfants ou ces soldats. Mais il suffit de faire remarquer que, ainsi qu'en font foi plusieurs faits rapportés plus haut, la pelade développée chez plusieurs sujets vivants dans un même milieu, une école par exemple, peut être importée par l'un d'eux dans un milieu différent et s'y propager en atteignant des sujets d'un âge très variable, vivant quelquefois de façons très diverses et n'ayant de commun que l'habitation pendant un temps plus ou moins long dans un même logement.

La contagion ne s'exerce pas, soutiennent quelques auteurs, d'un sujet malade à un sujet sain vivant à son contact : M. Ollivier, dans son ser-

(1) GIBERT. *Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis*. 3^e édition. Paris, 1860, tome I, p. 337.

(2) HORAND. *Loc. cit.*, p. 423.

(3) SCHÜTZ. Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie der Alopecia areata. *Monatshefte für prakt. Dermat.*, 1887, n° 3.

vice de l'hôpital des Enfants, à l'époque où les trois espèces de teignes étaient réunies dans une même salle, n'a jamais vu des enfants atteints de teigne tondante ou de favus contracter la pelade, tandis qu'il a vu deux peladiques contracter la teigne tondante et un autre le favus; depuis un an, il a fait mettre les enfants atteints de pelade dans le service dit « des dartreux » et aucun de ceux-ci n'a jamais contracté la pelade. M. Gaucher rapporte que dans une famille de cinq personnes, se servant toutes du même peigne et de la même brosse à cheveux, une jeune fille est seule atteinte de pelade tandis que ses parents restent indemnes; il cite encore l'exemple d'une femme de chambre qui met les vieux chapeaux de sa maîtresse atteinte d'une pelade rapidement envahissante, et qui ne présente aucune trace d'alopecie.

On a cité à l'envi les exemples d'une femme ou d'un mari atteint de pelade et ne contagionnant pas son conjoint, d'enfants restant sains, quoiqu'ils partageassent le lit de frères ou de sœurs peladiques. Il serait facile de répondre que beaucoup de ces faits négatifs peuvent se rapporter à des pelades d'origine nerveuse et que rien ne démontre que les choses se fussent passées aussi simplement s'il se fût agi de la forme contagieuse de la pelade; mais il y a mieux à répliquer que ce moyen dilatoire. Il suffit de faire remarquer que, à l'encontre des faits négatifs au point de vue de la contagion conjugale, on possède des faits positifs. Notre maître, M. Besnier (communication orale), en a observé un certain nombre. Le fait de contagion d'amant à maîtresse signalé par M. Brocq, doit être rappelé à cette occasion. Nous avons cité plus haut quelques cas dans lesquels la transmission s'était faite par des objets de literie. Contre ces faits positifs, les faits négatifs ne peuvent prévaloir; pas plus que la pneumonie ou l'érysipèle n'atteignent tous ceux qui se trouvent au contact d'un pneumonique ou d'un érysipélateux — pas plus, nous pourrions presque dire ni plus ni moins — la pelade ne se développe chez tous ceux qui vivent au contact d'un peladique. L'histoire des épidémies de pelade présente ce fait curieux et dont la cause nous échappe, que la transmission de la maladie s'arrête spontanément; les employés de chemin de fer cités par Hillairet, les enfants de l'école de Nogent n'ont pas propagé l'affection dans leurs familles alors même que l'isolement n'était pas pratiqué; les enfants qui rapportent la pelade de la pension ne la communiquent que rarement autour d'eux, quoique cela arrive parfois. Nous ne tenterons pas de donner une explication de ce fait noté par la plupart des auteurs qui ont étudié la pelade; nous nous contenterons de signaler l'analogie entre ce fait et celui bien connu de l'acare du chien se transmettant à l'homme chez lequel il s'acclimata mal, si bien qu'il finit par périr et ne se transmet pas de l'homme à l'homme; nous rappellerons aussi les modifications

qui se produisent dans la vitalité, dans la nocuité de certaines bactéries pathogènes quand on les fait passer d'une espèce animale à une autre, l'exaltation ou l'atténuation que subissent certains virus après avoir traversé l'organisme de plusieurs animaux d'une même espèce déterminée. Ne se pourrait-il pas que, venu de l'extérieur ou provenant d'un animal encore indéterminé, l'agent contagieux de la pelade se modifiât en s'implantant sur la peau de l'homme et qu'après quelques générations développées sur un ou plusieurs représentants de notre espèce, il devînt incapable de se reproduire sur d'autres et de déterminer chez eux l'apparition de la pelade ? Ne faut-il pas aussi, pour causer la pelade, que ce même agent pathogène se trouve à une période et à une époque déterminée de son évolution, de sorte que, transplanté sur une autre tête à une époque plus avancée, il est incapable d'y vivre et de causer des méfaits ? Ce sont là de pures hypothèses, que nous ne voulons même pas discuter plus longuement. Il nous suffira, pour résumer ce paragraphe, de dire que, la pelade ou du moins certaine forme de la pelade, est bien contagieuse, mais qu'elle est peu contagieuse, et que nous ignorons les conditions qui favorisent ou rendent difficile la contagion.

Reste un dernier argument mis en avant pour nier la contagion de la pelade : les résultats négatifs des inoculations. M. Horand (1) a tenté d'inoculer la pelade à de jeunes chiens, en rasant préalablement la surface de l'inoculation, en l'humectant et en frictionnant ensuite avec la poussière épidermique fournie par le raclage d'une plaque de pelade non traitée, enfin en laissant à demeure cette poussière. Ces inoculations qui, faites avec les produits de plaques trichophytiques, réussissent très bien, n'ont donné aucun résultat pour la pelade ; de même chez un jeune enfant inoculé de la même manière avec les produits de plaques de pelade par M. Horand, le résultat a été complètement nul. Des inoculations faites par M. Coustan (2) avec les débris épidermiques et pileux renfermés entre les deux peignes d'une tondeuse infectée et avec les débris épidermiques recueillis au pourtour d'une plaque de pelade, ont donné des résultats négatifs chez deux cobayes, inoculés l'un sur le dos préalablement à moitié tondu, l'autre sur la tête non tondue. Doit-on considérer ces recherches comme définitivement démonstratives et conclure que la pelade n'est pas inoculable ? Nous ne le croyons pas : ces expériences n'ont été ni assez nombreuses ni assez variées pour légitimer cette conclusion. Nous répéterons encore ici que la période contagieuse de la pelade n'est pas déterminée, que les essais d'inoculation ont pu être tentés en deçà ou au delà de cette période ; nous ajouterons que, même dans ces limites, les essais peuvent échouer, et que, de la non-réussite des essais

(1) HORAND. *Loc. cit.*, p. 426.

(2) COUSTAN. *Loc. cit.*, p. 561.

d'inoculation d'une maladie, on ne peut conclure qu'elle n'est pas contagieuse, témoin les essais infructueux d'inoculation de la diphthérie par badigeonnage du pharynx avec des produits diphthériques.

La critique que nous venons de faire des objections élevées contre la contagion de la pelade aura, croyons-nous, démontré suffisamment qu'aucune de ces objections n'est assez bien fondée pour faire rejeter cette contagion. Les faits positifs que nous avons cités sont au contraire assez décisifs pour la faire admettre. Cela dit, il faut bien reconnaître que la contagion ne s'exerce que dans des limites assez restreintes, certainement plus restreintes que pour la trichophytie et le favus, et que les conditions favorables ou défavorables à son action sont loin d'être déterminées : l'école et le régiment sont cependant, comme pour tant d'autres affections contagieuses, les deux foyers de dissémination les plus favorables.

Contagion est devenue synonyme de parasitisme. Il faut donc admettre que la *pelade* est une affection parasitaire et revenir — ou en rester — à la conception de la triade teigneuse : trichophytie, favus, pelade. Le parasite de la pelade demeure inconnu, malgré les très louables efforts tentés dans ces dernières années pour le voir dans un des parasites normaux de l'épiderme ou parmi les bactéries. Des recherches ultérieures pourront seules parvenir, en faisant connaître ce parasite, à donner à tous la démonstration irréfutable de la nature de la pelade que l'observation clinique ne permet déjà plus de contester.

IV

Nous avons reconnu qu'il est impossible de ne pas admettre une pelade d'origine nerveuse, bien que le mécanisme de sa production ne soit pas encore déterminé ; nous avons reconnu également qu'on devait admettre une pelade contagieuse, bien que son parasite ne soit pas encore découvert.

Faut-il donc croire qu'une même maladie puisse reconnaître à la fois deux causes aussi différentes : la logique et les lois de la nosologie s'y opposent également. Pour que la pelade d'origine nerveuse et la pelade d'origine parasitaire puissent être considérées comme une seule et même maladie, il faudrait que le parasite de la pelade portât son action sur les nerfs pour produire, par l'intermédiaire de leur lésion, l'atrophie et la chute des poils, ou bien que le parasite ne pût produire la maladie que sur des tissus dont la vitalité est déjà compromise par une altération nerveuse : or ces deux opinions ne peuvent à aucun titre être soutenues.

Force est donc de reconnaître que la description de la pelade com-

prend deux maladies différentes, qui, dans une nosographie rationnelle, devraient faire l'objet de deux descriptions différentes. En un mot, la pelade n'est pas une maladie, mais un groupe morbide, et ce groupe morbide devrait être dissocié.

Sur quels signes peut-on se baser pour procéder à cette dissociation ? Quels sont les caractères diagnostiques des deux variétés de pelade, la pelade d'origine nerveuse et la pelade parasitaire ?

Il faut malheureusement avouer que ces caractères sont entièrement défaut. On a voulu faire de la distribution des plaques de pelade un argument en faveur de la théorie nerveuse, en même temps qu'elle serait devenue un moyen de reconnaître la pelade d'origine névropathique, et on a fait remarquer que souvent en pareil cas les plaques occupent seulement une des moitiés du crâne. Le fait est que la pelade unilatérale coïncide assez fréquemment avec des névralgies, des troubles nerveux ; mais d'autre part ce caractère n'est pas exclusif aux pelades dans lesquelles l'influence des névropathies est nette et il se rencontre aussi dans des cas pour lesquels il semble légitime d'invoquer la contagion. Les mêmes remarques s'appliquent également à la disposition symétrique des plaques de pelade qui a été aussi considérée comme caractérisant la pelade d'origine nerveuse. La division en pelade décalvante et en pelade achromateuse a pu, d'après certaines séries de faits, être considérée comme répondant aux deux groupes étiologiques ci-dessus désignés, la pelade décalvante correspondant à la pelade d'origine nerveuse et la pelade achromateuse à celle qui jouit de propriétés contagieuses ; mais l'examen d'un nombre plus considérable d'observations montre qu'il n'en est pas toujours ainsi. Peut-être, en étudiant un nombre suffisant de cas nets de l'une et de l'autre catégorie minutieusement observés, arriverait-on à trouver, dans la topographie, la forme des plaques, la sensibilité de la peau à leur niveau, des caractères distinctifs de quelque importance ; cela cependant paraît peu probable et jusqu'au jour où l'on pourra s'aider, pour la solution de ce problème, de quelque méthode technique nouvelle, jusqu'au moment où l'on connaîtra le parasite de la pelade contagieuse, on devra renoncer à distinguer l'une de l'autre, tant en clinique qu'en nosographie, les deux *maladies* distinctes nosologiquement et étiologiquement, jusqu'ici décrites sous le nom unique de la pelade.

Cette notion théorique entraîne, pour la pratique, une conclusion importante. Du moment où certains cas de pelade sont susceptibles de se transmettre par contagion, et où les caractères extérieurs ne permettent pas de les distinguer de ceux dont on n'a pas à redouter la contagion, il s'ensuit forcément la nécessité de se comporter, au point de vue de la prophylaxie, dans l'hypothèse la plus défavorable, celle de la contagion.

Dès lors, dans les agglomérations où la maladie peut se propager, à l'école et au régiment, il faut isoler les sujets de pelade, ou mieux les exclure. Que cette règle puisse être enfreinte lorsque l'origine nerveuse sera parfaitement démontrée, par une enquête rigoureuse et absolument convaincante, nous croyons qu'il serait difficile d'y contredire ; mais, hors ces faits qui sont et resteront l'exception, l'exclusion de l'école, l'isolement au régiment et dans la famille doit être la loi, quelque rigoureux qu'il puisse sembler d'y soumettre, au même titre que des sujets atteints d'une affection contagieuse, d'autres sujets dont le seul tort est d'être affectés d'une maladie se présentant sous les mêmes dehors que la première.

Quant aux autres mesures de prophylaxie, elles ne diffèrent en rien de celles qui doivent être prises dans les autres affections contagieuses du cuir chevelu ; nous ne les énumérerons pas ici, n'ayant pas l'intention de soulever d'autre question que celle de la contagion de la pelade, ou plus exactement d'une des maladies décrites aujourd'hui sous le nom de pelade.

MACULES ATROPHIQUES CUTANÉES AYANT SUCCÉDÉ A LA
RÉSORPTION INTERSTITIELLE D'UNE SYPHILIDE SECON-
DAIRE GÉNÉRALISÉE,

Par M. Nivet.

(Observation recueillie dans le service de M. le professeur FOURNIER,
à l'hôpital Saint-Louis.)

La nommée T..., âgée de 56 ans, blanchisseuse, entre le 27 mars 1886, salle Henri IV, pour des ulcérations gommeuses siégeant à la jambe gauche.

Le début de la syphilis daterait d'environ 2 ans $1/2$.—Soignée au début par M. le docteur Lallier, notre malade est entrée pour la première fois à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Fournier, le 22 décembre 1883. A cette époque, elle portait sur le corps les traces d'une *syphilide papuleuse confluyente*, en même temps que son œil droit était atteint d'iritis. Après un séjour assez long à l'hôpital, elle sortit guérie. Mais, rentrée chez elle, elle ne suivit plus aucun traitement, et son œil s'affaiblit peu à peu,

Il y a deux mois, la malade s'aperçut qu'il se produisait à sa jambe gauche une ulcération. — Depuis longtemps déjà elle avait remarqué que cette jambe était plus grosse que l'autre; mais comme elle n'en souffrait pas, son attention ne fut pas attirée davantage de ce côté. — L'ulcération, une fois produite, ne tarda pas à s'agrandir du centre à la périphérie, en même temps que deux nouvelles ulcérations se montraient à la face postérieure du tiers moyen de la jambe. Ce sont ces lésions qui amènent la malade à l'hôpital.

Lors de son entrée à l'hôpital, voici ce que l'on constate :

1° Une syphilide pigmataire cervicale, présentant une belle coloration café au lait, et faisant tout le tour du cou;

2° Disséminées sur le crâne, des plaques rondes ou ovalaires, tranchant par leur couleur blanchâtre sur la peau, et présentant à leur surface un *plissé* remarquable. Ce plissé peut être effacé complètement en étalant la peau. Il provient du frocement de la peau, devenue trop grande pour les parties sous-jacentes. Il a sûrement succédé à des syphilides secondaires, dont les éléments ont subi une résorption interstitielle, la malade ayant beaucoup maigri dans ces derniers temps, à la suite de privations (1).

3° A la jambe gauche, au tiers moyen de la face interne, ulcération arrondie, de la largeur d'une pièce de 5 francs, à bords taillés à pic, à fond irrégulier, rougeâtre, reposant sur une base œdémateuse. — En arrière de cette ulcération, au tiers moyen de la face postérieure du tibia, deux autres ulcérations, présentant la forme de deux demi-cercles incomplets, sont réunies par un de leur bord. L'aspect de ces ulcérations est le même que celui de la précédente. — A la face externe de la jambe droite, quelques syphilides tuberculeuses.

4° Iritis avec synéchies et opacités de la face antérieure du cristallin.

(1) Voir au musée de l'hôpital Saint-Louis le moulage d'une partie de ces lésions, par M. Baretta.

SUR UN CAS D'ARTHRITE SYPHILITIQUE SECONDAIRE,

Par G. CHEMINADE,

Interne à l'hôpital Saint-Jean de Bordeaux.

Femme Victorine L..., 30 ans, domestique.

Est entrée à l'hôpital, le 13 juin.

Adénopathie sous-maxillaire dure et indolente.

Plaques muqueuses multiples à la vulve.

Le 6 juillet, la malade est complètement percluse des deux avant-bras par suite de douleurs articulaires.

Le 9 juillet, l'avant-bras droit est guéri; mais les symptômes morbides persistent pour l'avant-bras gauche. Le traitement consiste en badigeonnages à la teinture d'iode pendant trois jours. On les remplace par des frictions au collodion et à la glycérine. Palpation douloureuse, surtout au poignet. Epanchement abondant de la main, qui se prolonge, en diminuant, jusqu'au coude. Pustule caractéristique sur la face interne de la jambe gauche, et sur la face interne de l'avant-bras droit. Colerette de Bielt. Douleurs très vives dans l'avant-bras, surtout la nuit. Céphalée nocturne. Fièvre syphilitique.

La malade n'a jamais eu de rhumatisme. Ses parents non plus.

Ce cas nous a paru d'autant plus intéressant à faire connaître, qu'il vient s'ajouter aux deux observations publiées par Cayla, dans les *Annales de Syphiligraphie*, mois de mai 1887.

Nous nous trouvons bien en présence d'une arthrite d'origine secondaire. Les phénomènes articulaires, coïncidant avec les accidents secondaires, impliquent l'idée de manifestations d'une seule et même maladie.

On a refusé pendant longtemps d'admettre l'existence du rhumatisme secondaire, et l'on relève dans l'ouvrage de Hunter ces lignes trop absolues : « Je n'ai jamais vu la syphilis constitutionnelle attaquer les articulations. »

Babington admit le premier que « l'inflammation de la synoviale des articulations coïncidait avec des symptômes secondaires non douteux de la syphilis ». Richet, dans son fameux mémoire sur les tumeurs blanches, se rangea franchement à cette opinion. Depuis, des travaux nombreux sont venus complètement élucider la question, et il nous suffira de rappeler les noms de Lancereaux, Fournier, Voisin, Defontaine qui ont mis hors de contestation l'existence des arthrites syphilitiques.

REVUE DE DERMATOLOGIE.

ICHTHYOL UND RESORCIN ALS REPRÄSENTANTEN DER GRUPPE REDUZIERENDER HEILMITTEL (DE L'ICHTHYOL ET DE LA RÉSORCINE COMME REPRÉSENTANTS DU GROUPE DES MÉDICAMENTS DE RÉDUCTION), par P.-G. UNNA. (*Études dermatologiques*, 1886, fascicule 2.)

Dans un travail précédent (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1883, n° 35), l'auteur a, pour la première fois, appelé l'attention sur une classe de remèdes, les uns anciens les autres nouveaux, auxquels il a donné le nom de *médicaments de réduction*, en raison d'une de leurs principales propriétés, commune à tous, qui est de soustraire de l'oxygène. Pour quelques-uns d'entre eux, par exemple, l'hydrogène sulfuré, le pyrogallol, la chrysarobine, le sucre, cette action réductrice est connue depuis longtemps. Pour d'autres, les sels d'ichthyol, la résorcine, la preuve chimique fait défaut, mais les résultats cliniques mettent hors de doute leurs propriétés réductrices.

L'expérimentation clinique a porté en grande partie sur la peau saine et sur la peau malade, et aussi sur l'emploi interne.

L'action de ces substances sur le derme recouvert d'un épiderme intact est tout différent suivant les doses. L'action faible se produit tout d'abord par une modification de la couche cornée; elle devient plus épineuse, plus compacte et plus dure. Tandis que la kératinisation gagne très rapidement en profondeur, un grand nombre de rangées de cellules épineuses non kératinisées s'ajoutent à la couche cornée normale et très probablement sont remplacées par une néoformation de la couche inférieure des cellules épineuses. Si les doses faibles agissent plus longtemps, la couche cornée se sépare en deux parties : une supérieure morte, plus ou moins foncée, qui correspond à la couche cornée lâche pénétrée par le remède, et une autre, de teinte claire, qui, sous l'influence du remède, s'est développée de la couche épineuse. La séparation s'achève facilement et la vieille couche cornée tombe sous forme d'une membrane de l'épaisseur d'une feuille de papier.

Cette kératinisation artificielle s'explique très facilement, dit l'auteur, par sa théorie de réduction; il croit, en effet, avoir démontré que le premier effet de la soustraction de l'oxygène sur les épithéliums de la peau, consiste en une kératinisation de ces épithéliums et que, par contre, à chaque kératinisation, une réduction doit être possible, sans cela cette

kératinisation n'a pas lieu. Il donne le nom d'expulsion de la couche cornée à l'effet final de la kératinisation forte sous l'influence des substances de réduction.

Un autre phénomène en connexion intime avec le précédent est la pustulation. Jusqu'ici on a rattaché à tort l'apparition des pustules, et particulièrement des folliculites, à une suppuration périfolliculaire. Cette dernière est nécessaire, toutefois l'occlusion anormale des orifices folliculaires par une couche cornée n'est pas non plus étrangère à la formation des pustules.

Il est temps d'en finir avec ce vieux conte de l'occlusion artificielle des follicules par la poussière, les restes de pommade, etc. Si la peau ne pouvait se débarrasser de ses excréments malgré la saleté extérieure, elle serait obliterée d'une manière permanente chez tous les individus qui ne se savonnent pas le corps tous les jours, c'est-à-dire chez tous les hommes. Ce qui bouche le follicule et entraîne par là la rétention de la sécrétion et du pus réside dans la peau même, dans la couche cornée. Tout ce qui provoque une cohésion solide des cellules cornées, surtout un médicament de réduction à faible dose, oblitère en même temps des follicules et peut amener éventuellement des folliculites. C'est ainsi qu'agissent le sucre qui circule dans les liquides des tissus chez les diabétiques, les exhalaisons de goudron, de pyrogallol et de chrysarobine au voisinage des points traités avec ces médicaments, du soufre à dose trop faible dans l'acné, etc. Il faut considérer la peau comme une membrane vivante et non plus comme une enveloppe artificielle. Par conséquent, ce n'est pas la suppuration elle-même qui est due aux actions faibles des agents de réduction, mais l'arrêt du pus dans les conduits excréteurs libres de la peau, condition préalable de toute pustulation.

Si l'action des agents de réduction à faible dose pénètre dans la profondeur, elle atteint les vaisseaux sanguins, dont elle diminue le volume. Cette influence n'est point analogue à celle qui se produit passagèrement par voie réflexe, mais il s'agit d'une diminution, d'un rétrécissement et d'un raccourcissement durables de tout le système vasculaire, des artères, des capillaires et des veines. Cette action est surtout visible dans les points où le système vasculaire est dilaté d'une manière anormale, qu'il s'agisse de processus infectieux aigus (érysipèle), d'infiltrations chroniques (lupus), d'angionévroses (acné rosée). Elle est moins prononcée mais encore sensible sur les parties naturellement rouges de la peau, par exemple à la face. On comprend que cette rétraction du système vasculaire tout entier doit enrayner les processus inflammatoires (érysipèle, eczéma) et amener la désinfiltration des tissus atteints d'œdème inflammatoire (traumatisme, œdème collatéral). On obtient cette action faible de l'agent de réduction ordinairement par une dose

forte ou légère appliquée sur l'épiderme normal. Les vaisseaux sanguins sont assez éloignés pour ne subir que peu à peu l'influence du remède. Toutefois, il y a des régions délicates de la peau (paupières, pénis) où l'application de faibles doses sur l'épiderme intact provoque déjà les symptômes de l'action forte (inflammation et tuméfaction aiguës).

Cette diminution générale des vaisseaux est-elle donc une action réductrice ? L'auteur le croit, il la regarde comme tout à fait analogue à la transformation cornée indiquée ci-dessus. Les endothéliums se dessèchent et se resserrent comme les cellules épineuses de l'épiderme, quand l'oxygène leur est enlevé du dehors. En cas de soustraction complète, comme nous le verrons plus loin à propos de l'action forte, les endothéliums sont détruits et transformés en grasse, comme les cellules épidermiques jeunes. Le résultat macroscopique d'une action réductrice faible sur le système vasculaire sanguin est le contraire des symptômes de l'inflammation et se traduit par refroidissement, désinfiltration, pâleur et diminution des douleurs qui peuvent exister accidentellement.

De même l'action des médicaments de réduction sur le système nerveux périphérique s'explique facilement. L'action faible équivaut à un apaisement du système nerveux et de la douleur. Existe-t-il une action chimique directe ? l'auteur n'ose pas le discuter ; l'action indirecte, la désinfiltration et la dessiccation suffisent pour apaiser la douleur en diminuant la tension des tissus. Il en est tout autrement d'un autre phénomène nerveux : le prurit. Mais le prurit est un phénomène très complexe — dépendant en partie d'influences chimiques, — et, pour expliquer le rapport qui existe entre lui et les remèdes de réduction, il faudrait entrer dans la théorie du prurit en général, ce qui entraînerait trop loin. Il consacrerait plus tard à cette étude un travail spécial. Il se borne à dire ici que la sensation du prurit est en général diamétralement opposée à celle de la douleur. L'action réductrice faible coïncide, dans la plupart des cas, avec une cause provoquant le prurit ; l'action forte, au contraire, apaise les démangeaisons et provoque la douleur. Cependant il y a de nombreuses exceptions.

Enfin Unna appelle l'attention sur un changement de coloration plus ou moins prononcé de la couche cornée, produit par tous les agents de réduction ; malheureusement on ne l'a pas encore étudié au point de vue chimique.

Le changement de coloration le plus connu est celui que détermine la chrysarobine ; la couche cornée devient brun rouge, inclinant un peu vers le bleu, par conséquent d'une teinte cuivrée très accusée ; avec le pyrogallol, la couche cornée prend une teinte variant du jaune brun au noir. La résorcine en pommade ne produit qu'une coloration jaune sale, rouge brun ; l'ichthyol détermine une teinte brun jaune, analogue à

celle de la peau brûlée par le soleil; l'usage prolongé du soufre, un aspect fumée, de couleur sale, qui, naturellement résiste à l'eau et au savon.

En ce qui concerne ce changement de coloration, nous savons seulement qu'il est favorisé par les alcalis, diminué et même supprimé par les acides. L'auteur croit cependant qu'il y a encore d'autres facteurs en jeu, par exemple, l'épaisseur, le degré d'humidité de la couche cornée, l'exposition à la lumière, etc.

Il est, par exemple, étonnant que, en général, la couche cornée du creux des mains se prête constamment à une coloration noire plus rapide et plus intense que celle des autres régions du corps; on peut l'expliquer en premier lieu par la réaction de la sécrétion cutanée; en second lieu par l'analogie avec la coloration noire des sels d'argent appliqués sur la couche cornée de la face interne de la main; dans ce dernier cas, ce sont des processus de réduction favorisés par l'épaisseur plus grande de la couche cornée qui jouent un rôle.

Par conséquent, ces colorations artificielles sont sans doute en relation avec certaines colorations physiologiques et pathologiques du tissu corné que j'ai démontrées être la conséquence d'une accumulation plus ou moins considérable d'un pigment propre à la substance cornée, teinte du tissu corné. Telle est la couleur des poils variant du jaune blond au noir ébène, en tant qu'elle est répandue d'une manière diffuse dans les cellules des poils, puis la teinte diffuse et les dépôts granuleux bruns entre les cellules cornées de la tête du comédon qui ne contiennent pas de saleté, ainsi que cela a été établi par l'auteur dans un précédent travail (*Virchow's Archiv*, t. LXXXII, p. 175).

Un point très important pour une théorie future de ces changements de coloration, c'est que, avec le temps, on voit diminuer la tendance à la coloration de la couche cornée, si les agents de réduction agissent d'une manière ininterrompue sur la peau.

C'est comme si l'on enlevait à la peau, au moyen d'une coloration noire, une substance, un élément de la coloration, qui n'est pas remplacé assez rapidement pour qu'une nouvelle action du remède puisse provoquer une teinte aussi foncée. L'auteur a observé, à plusieurs reprises, qu'après un emploi prolongé de la chrysarobine, il ne se produit plus aucune coloration spécifique, qu'après l'ichthyolisation complète de la peau, le pyrogallol ne détermine plus le même degré de teinte noire habituelle, etc... Une autre remarque générale, c'est que l'usage prolongé des préparations d'ichthyol rend de nouveau la couche cornée blanche après lui avoir donné une teinte jaune passagère.

Ce n'est qu'après avoir élucidé ces questions que l'on pourra apprécier exactement l'influence de ces remèdes sur les processus patho-

logiques de la peau ; pourquoi, dans quelques maladies, la peau saine se colore, tandis que la peau malade se décolore (psoriasis, herpès tonsurant), dans d'autres c'est le contraire qui a lieu (pityriasis versicolor, lèpre).

L'action forte de ces médicaments sur la couche cornée est peu différente de l'action faible, seulement elle est plus rapide. Mais il s'y ajoute aussitôt d'autres processus qui changent complètement le tableau. La couche épineuse est ramollie et décomposée ; il se fait une éruption considérable de vésicules, remarquables par l'épaisseur de leur enveloppe cornée. Les vaisseaux papillaires sont affectés, leurs parois sont modifiées, il se produit une exsudation abondante et, finalement, une migration de corpuscules de pus. La couche cornée est soulevée et rejetée sous forme d'une membrane. Ce processus peut durer douze heures sous l'influence d'un emplâtre pyrogallique ; plusieurs jours et même des semaines sous celle de la résorcine et de l'ichthyol. Mais c'est toujours le même processus : ramollissement purulent du corps papillaire et de la couche épineuse, avec solidité en apparence contradictoire de la couche cornée superposée.

La suppuration, sous l'influence des agents de réduction, a quelque chose de spécial. La couche cornée se reforme plus rapidement et acquiert une plus grande épaisseur qu'à la suite d'une suppuration ordinaire, et, par suite, les cicatrices sont plus lisses et plus régulières. Il est plus que probable que ce résultat est dû à la soustraction persistante de l'oxygène.

Les doses élevées ont également sur la pustulation une action inverse de celle des doses faibles. L'enveloppe cornée des pustules est rejetée, et il ne s'en forme plus. Par suite, dans le traitement de toutes les affections accompagnées de pustulation (acné, furunculose, etc.), il faut avoir, de prime abord, recours à une action forte de réduction.

Un autre effet des doses élevées, à peine sensible avec des doses faibles, c'est un ramollissement notable du stroma collagène du derme. Ce ramollissement est beaucoup plus considérable que dans les inflammations ordinaires ; aussi, il est probable que les doses fortes ont une action *ramollissante* directe sur le système collagène, action que l'on peut mettre en parallèle avec l'influence délétère exercée sur les endothéliums et les épithéliums. On peut l'utiliser dans le traitement de l'induration de la peau dans les eczémas anciens, la sclérodermie, l'éléphantiasis, les cicatrices de variole et d'acné et toutes les kéloïdes.

L'action des doses fortes sur le système nerveux est également différente de celle produite par les doses faibles. Il se produit tout d'abord une légère sensation douloureuse qui peut augmenter beaucoup par l'application prolongée du remède ; la sensation de prurit qui existe au début cesse ensuite complètement. Après la chute de l'enveloppe cornée,

le malade éprouve une douleur assez vive, que les parties mises à nu soient ou non en contact avec l'action forte du remède. L'application d'une dose faible du même médicament apaise seule la douleur d'une manière durable. Lorsque des doses fortes ne produisent ni ramollissement ni pustulation, comme cela arrive souvent avec la chrysarobine, il survient d'ordinaire un prurit intense, comme avec des doses faibles.

L'auteur a résumé dans le tableau synoptique suivant l'action des remèdes de réduction sur la peau intacte :

	<i>Action de la dose faible.</i>	<i>Action de la dose forte.</i>
Même action quelle que soit la dose.	1° Kératinisation forte. 2° Coloration foncée de la couche cornée. 3° Prurit.	1° Kératinisation forte. 2° Coloration foncée de la couche cornée. 3° En général de la douleur, plus rarement du prurit.
Action variable suivant la dose.	4° Disparition de l'inflammation. 5° Disparition de l'infiltration. 6° Pustulation. 7° Atténuation de la douleur.	4° Inflammation. 5° Infiltration (œdème). 6° Disparition des pustules et des furoncles. 7° Sensibilité.
Action appréciable seulement avec des doses fortes.	8° — 9° —	8° Formation de bulles. 9° Ramollissement de la substance conjonctive collagène.

L'étude de l'action de ces remèdes sur le derme mis à nu est beaucoup plus difficile, car cette action varie suivant la nature des lésions de la peau. L'effet final dépend beaucoup plus de la partie de la peau sur laquelle agissent directement les remèdes que la dose forte ou faible de ceux-ci.

Quand il n'y a qu'une simple solution de continuité, l'application à dose forte d'un sel d'ichthyol pur ou de résorcine peut amener la réunion de la plaie sans cicatrice, ce qui est l'idéal. Sur une brûlure étendue du premier degré — et, tant que les bulles sont encore petites et intactes — du deuxième degré, l'action de ces remèdes est très favorable. Au contraire, sur la surface recouverte de cellules épineuses gonflées d'une brûlure de ce genre, après la chute de la couche cornée, ou sur de larges érosions des régions sensibles de la peau, par exemple du gland ou du prépuce, l'application de ces remèdes provoque une inflammation catarrhale grave, un eczéma aigu avec œdème et douleur aiguë. Mais si l'on injecte ces mêmes médicaments dans une cavité de la peau tapissée d'un endothélium mal nourri, dans le tissu sous-

cutané, dans le tissu connectif péri-glandulaire suppuré d'une glande infectée, dans une fistule ou dans une cavité séreuse, comme la tunique vaginale, on peut obtenir, dans des conditions favorables, une réunion par première intention sans aucune inflammation. C'est donc surtout de la faculté de réaction des tissus directement atteints que dépend le résultat. Le rôle de ces remèdes est ici d'une nature tout à fait spéciale; mais ils ne peuvent entrer en concurrence avec l'acide phénique, l'iodoforme et le sublimé, comme sûreté de l'action antiseptique et application générale: d'un autre côté ils méritent l'attention des chirurgiens, quand il s'agit d'obtenir une rétraction primaire rapide, d'éviter la prolifération *réactive* des tissus et d'obtenir une cicatrice irréprochable, à la condition d'être employés avec tact.

D'une manière générale, moins les tissus renferment de vaisseaux et de nerfs et mieux ils supportent, sans réaction nocive, des doses fortes des remèdes de réduction; les tissus renfermant de nombreuses cellules, beaucoup de protoplasma et de sang doivent être soumis d'abord avec précaution à une action faible de réduction, une fois la dessiccation désirée obtenue on pourra sans inconvénient passer à des doses plus fortes.

Mais dans la plupart des lésions de la peau on a affaire à une surface constituée par des tissus différents sur lesquels l'agent de réduction peut avoir une influence tout à fait différente. Dans un lupus traité par le raclage, nous sommes en présence, outre des excavations simples du derme, d'îlots d'épiderme ancien et de moignons innombrables incomplètement raclés, de formations épithéliales pénétrant profondément dans la peau, de poils, de glandes enroulées. Dans un ulcère ancien de la jambe, nous avons affaire au tableau bigarré des rejetons de la feuille germinative externe et moyenne. Un eczéma humide représente une couche de tissu de même nature, partout l'épiderme seul est mis à nu, de sorte qu'ici aussi l'influence des agents de réduction sera tout à fait différente.

Si l'on a convenablement choisi le remède et la dose, on observera immédiatement une atrophie des éléments productifs et une prédominance des éléments de soutien de la peau, d'où tendance à la kératinisation, à la guérison. La même pommade pyrogallique pourra, il est vrai, amener peu à peu la guérison d'un lupus après le raclage et entretenir indéfiniment un eczéma humide ou même l'aggraver beaucoup, mais une pommade faible à l'ichthyol aura ici le même effet que la pommade pyrogallique dans le lupus. Ce triage des éléments de la peau qui se fait non d'après les feuilletts blastodermiques, mais suivant le plus ou moins d'énergie vitale des éléments de la peau, soit normale soit pathologique, constitue l'avantage caractéristique des remèdes de réduction, celui qui leur assure une place prépondérante dans le traitement de ces plaies « dermatologiques ».

J'ai encore à mentionner ici une propriété spécifique des substances de réduction, c'est-à-dire leur action styptique. Les agents de réduction méritent d'être placés sous ce rapport à côté du tanin.

Pris à l'intérieur, ces remèdes ont également une influence incontestable sur les hémorrhagies de divers organes. L'acide pyrogallique, à la dose de 5 centigrammes, toutes les trois heures et même toutes les demi-heures (suivant la gravité de l'hémorrhagie, de préférence en solution alcoolique), n'est pas un remède inoffensif, mais d'autre part c'est notre meilleur styptique, parce qu'il est d'une application générale et que son action est sûre. Dans des cas urgents (hémorrhagies pulmonaires, intestinales), l'auteur n'hésiterait pas, dit-il, à donner l'acide pyrogallique à doses beaucoup plus fortes et jusqu'à intoxication (urines noires, nausées, vertiges, vomissements, pouls filiforme), quitte à arrêter ensuite immédiatement l'action ultérieure sur le sang par de fortes doses d'acide chlorhydrique ou sulfurique. Le traitement consécutif par les acides minéraux supprime l'action délétère des agents de réduction sur le sang, tout en entretenant l'effet styptique à un moindre degré.

Action anti-parasitaire des remèdes de réduction.

Le savant et distingué dermatologiste Ernest Besnier a dit que les parasitocides agissaient moins par destruction des parasites de la peau qu'uniquement par nécrose des épithélia superficiels. Ces remèdes ne contribueraient à la guérison des dermatoses qu'en tant qu'ils déterminent la chute de l'épiderme. E. Besnier s'élève avec raison contre l'opinion courante qui ne voit dans le traitement parasiticide, quel que soit le mode d'application du remède, que la destruction des parasites.

L'auteur admet parfaitement le principe posé par Besnier, seulement il pense que, en général, on peut obtenir directement la destruction des parasites. Le traitement du pityriasis versicolor à l'aide d'une préparation mercurielle ne prouve rien pour la question générale. Il est vrai que, même dans une maladie parasitaire aussi simple, une dose trop faible n'a pas d'action curative, et qu'une dose plus forte, provoquant en même temps la desquamation, permet de croire que la guérison n'est due qu'à la chute de l'épiderme. Mais il n'est pas démontré que cette dermato-phytose soit guérie uniquement par des moyens mécaniques, par exemple par des frictions avec du sable. Or, selon Unna, on ne peut pas plus guérir le pityriasis versicolor de cette manière que par des doses insuffisantes de substances agissant chimiquement. Besnier admet, il est vrai, qu'il est possible d'obtenir la guérison par des frictions avec la pierre ponce, mais il y ajoute du savon — ce qui change un peu la question.

Mais alors même que les maladies parasitaires de la peau pourraient être guéries par des moyens mécaniques, il ne s'ensuivrait pas qu'elles soient soustraites à l'action chimique directe des médicaments.

Selon l'auteur, les divers parasitocides se distinguent précisément par leur action sur la peau, et ceux-là, *cæteris paribus*, agissent plus fortement qui amènent une desquamation modérée. L'acide salicylique agit d'une manière plus radicale sur les parasites de la peau que l'acide phénique.

En somme, Unna admet dans ces cas une véritable action parasitocide. D'une part, il est des cas où le remède agit d'une manière trop énergique et provoque de nouvelles éruptions, et dans lesquels il est préférable de limiter son action sur la peau; il en est ainsi de l'iode dans le lupus. D'autre part, dans bien des circonstances, on peut tuer le parasite sans porter atteinte à la texture de la peau. Dans certains cas même, la desquamation, entretenue par les parasites, est arrêtée par les remèdes, tandis que les parasites sont détruits. Dans tous ces cas, il y a une action énergique sur le germe spécial de la maladie; cette action s'explique par la soustraction de l'oxygène, qui supprime l'une des conditions de vitalité des parasites.

Si les parasites ne pouvaient être éliminés que vivants par suite de la desquamation, ce serait la condamnation de tout traitement parasitocide interne, et, dans ces conditions, on expliquerait difficilement comment on pourrait agir sur la rate par la quinine dans la malaria, le foie et les os par l'iode et le mercure dans la syphilis.

On a d'ailleurs deux voies pour atteindre les parasites dans les tissus : l'une indirecte, en s'adressant au tissu lui-même par les *parasitifuges* et les altérants, les premiers déterminant la nécrose du tissu et son élimination avec le parasite; les seconds au contraire, produisant une suractivité des tissus, leur permettant de mieux résister au parasite. L'autre voie, celle de la destruction directe du parasite, est celle des agents dits spécifiques : quinine, mercure, iode, acide salicylique, arsenic. Les médicaments de réduction appartiennent à la même catégorie, sauf que leur action sur la peau est plus facile à comprendre. Ils nous montrent comment on peut atteindre les parasites dans les organes internes, c'est par cette voie qu'on a réussi récemment à guérir la lèpre (1). En résumé, il sera toujours préférable d'associer aux médicaments de réduction des substances à action *parasitifuge*, comme l'acide salicylique par exemple.

Les indications générales qui précèdent s'appliquent plus ou moins à

(1) Il est bien entendu que nous laissons à Unna tout l'honneur et toute la responsabilité de cette « guérison ».

tous les médicaments de réduction. Il resterait à étudier les indications particulières à chacun d'eux ; il s'est borné ici à s'occuper de la résorcine et des préparations d'ichthyol.

L'ichthyol ou plutôt le sulfoichthyolate d'ammoniaque peut être employé avec succès dans toutes les formes de *rosacée*. Il a une action marquée sur le rétrécissement des vaisseaux ; dans les formes graves on ajoutera l'emploi interne du remède à son application externe. Très souvent la rosacée présente d'autres anomalies de l'appareil circulatoire, rougeurs diffuses de la muqueuse pharyngienne, phénomènes de stase aux mains et aux pieds, engelures, troubles de la menstruation, etc., dues à un défaut de tonicité des muscles des vaisseaux sanguins. Presque toujours l'emploi interne consécutif de l'ichthyol détermine une amélioration sensible de ces affections secondaires.

Au point de vue pratique, il convient de distinguer deux formes de rosacée, l'une se rapprochant de l'érythème et de l'eczéma ordinaire, l'autre de l'acné. La première variété est caractérisée habituellement par une congestion artérielle rouge clair, d'intensité très variable suivant les influences extérieures et surtout les changements de température. La seconde, la plus ordinaire, présente le type d'une acné à nodosités dures sur une base tuméfiée, rouge bleu sombre. Les nodosités et les pustules se distinguent dans ces cas de celles de l'acné par leur plus grande dureté et persistance, la petitesse de leurs foyers purulents qui ne contiennent pas de comédons comme dans l'acné. La rougeur est d'apparence veineuse et beaucoup moins soumise aux influences ordinaires.

Dans cette dernière forme, il faut employer l'ichthyol à dose élevée, car son action ne pourra s'exercer que lentement à travers l'épiderme épais. Peu à peu les veines et les capillaires veineux reprendront leur calibre normal, l'épiderme perdra de son épaisseur, les pustules disparaîtront ainsi que la tendance de la peau à la fibromatose.

Dans la variété qui se rapproche de l'eczéma, il faut se servir de pommades ou mieux de pâtes et de vernis renfermant une très faible proportion d'ichthyol ou encore s'abstenir de l'application externe d'ichthyol. Ces cas guérissent par le seul emploi de l'ichthyol à l'intérieur, des lavages à l'eau chaude et un savon d'ichthyol. Ce même mode de traitement est également efficace pour l'acné. Toutefois il est, pour ce dernier cas, d'autres remèdes plus actifs, notamment le soufre. Le sublimé a aussi une très heureuse influence ; on peut l'employer concurremment avec l'ichthyol, ce dernier médicament pendant la nuit et le sublimé le jour.

On doit préférer l'ichthyol à tous les autres médicaments internes employés jusqu'à ce jour contre l'acné. L'arsenic n'est utile que dans

quelques cas qu'on n'a pas encore pu préciser très exactement. L'ichthyol, au contraire, réussit dans toutes les variétés d'acné, et on peut le continuer sans inconvénient. C'est le meilleur auxiliaire de tous les traitements externes de l'acné.

Parmi les eczémats, il faut, au point de vue de leur étiologie, distinguer deux groupes principaux, ceux dus à des lésions nerveuses et ceux provoqués par la présence de parasites.

Au nombre des eczémats qu'il faut très probablement rattacher à des lésions nerveuses l'auteur signale la variété qu'il appelle *eczéma nerveux*. Cette forme d'eczéma atteint en général les adultes ou du moins des sujets qui ont dépassé la première enfance ; elle présente des foyers tout à fait caractéristiques, comme le *zoster*, toujours multiples, avec tendance évidente à la symétrie. Elle est constituée par des vésicules typiques, et dans aucune variété de l'eczéma on ne les trouve aussi bien développées, aussi tendues et aussi persistantes. Ces placards vésiculeux se distinguent des groupes de vésicules du *zoster* par l'absence d'inflammation dans leur pourtour immédiat, leur formation plus lente, le prurit intense et l'absence de douleur proprement dite. Par contre, ils s'en rapprochent en ce que les vésicules qui les constituent suivent visiblement le trajet des gros troncs nerveux de la peau, sans s'étendre dans les régions qu'ils innervent. La peau qui sépare les différents groupes reste et est tout à fait saine. Parfois les membres sont seuls atteints, puis la face ; sur le tronc, l'eczéma nerveux est rare et occupe alors en général la ligne médiane. Si l'on compare l'eczéma nerveux aux diverses variétés d'herpès au point de vue étiologique, on peut dire qu'il a des causes analogues, mais plus persistantes, semblant indiquer un siège plus central, car l'affection n'est pas unilatérale, mais toujours symétrique. Cette symétrie, neurogène, se distingue d'ailleurs de la symétrie si fréquente des maladies parasitaires (*eczéma flexurarum*, *psoriasis*, *lupus*, *syphilis*), en ce que les parties atteintes de la peau se trouvent sur le trajet des troncs nerveux symétriques à intervalles tout à fait réguliers (correspondant peut-être aux points où se détachent les rameaux principaux).

Cet eczéma que l'on pourrait appeler aussi *eczéma herpétique*, a une tendance extraordinaire à récidiver. L'auteur croit que cette variété d'eczéma correspond à certains eczémats que les Français, les Anglais et les Américains regardent comme ne pouvant pas guérir par un traitement local seul. Il y a, en effet, dans ces cas, des troubles généraux de la santé ou des affections de certains organes : catarrhes gastro-intestinaux, calculs des voies urinaires ou biliaires, acidité exagérée des urines, oxalurie, etc., et presque toujours une très grande anémie de la peau et des muqueuses. D'autre part, les poussées paraissent être provoquées à de longs intervalles par le surmenage intellectuel, des

soucis, des chagrins, des veilles, etc. On combattra ces anomalies constitutionnelles pendant les éruptions et plus encore dans l'intervalle des poussées. On aura recours dans ce but aux cures balnéaires, à l'arsenic qui, par son action directe sur le système nerveux central, a parfois sur la peau une influence très favorable. L'emploi seul du fer ne donne que rarement de bons résultats.

L'ichthyol est, dans ces formes d'eczéma, très efficace. Selon Unna, l'usage interne et externe de l'ichthyol, continué pendant longtemps, détermine des guérisons bien plus durables de l'eczéma nerveux que le traitement classique par les pommades de zinc, de plomb, de goudron. Localement, on peut employer des doses bien plus élevées que dans l'eczéma parasitaire ou professionnel, car ici l'épiderme est sain et la couche cornée plus solide. A la période de dessiccation il faut recourir à des solutions plus faibles; autrement on aurait à craindre de nouvelles éruptions.

Il faut ranger dans le groupe des eczémats nerveux les eczémats périodiques compliqués d'asthme qui atteignent de préférence les jeunes gens et les enfants. L'ichthyol, administré à l'intérieur, agit favorablement sur les deux affections.

Unna a obtenu également de bons résultats de l'ichthyol dans le lichen urticatus des enfants, qui n'est que le début du prurigo vrai. L'auteur a, au contraire, observé que le prurigo vrai est une affection très rare et qui ne survient que dans la classe très pauvre, tandis que le lichen urticatus se rencontre assez fréquemment dans l'enfance, même chez les gens riches. La terminaison de cette affection est un eczéma chronique, avec prurit très violent, qui présente une grande analogie avec le prurigo dit de Hebra. Dans les deux cas, il s'agirait, d'après Unna, d'un eczéma prurigineux résultant peu à peu d'une simple névrose. Cette dermatose est très rapidement influencée par l'emploi interne de l'ichthyol, surtout dans les cas qui s'accompagnent de faiblesse, de digestions mauvaises, d'inappétence, d'anémie de la peau, etc.

Dans l'urticaire ordinaire, l'érythème multiforme et noueux, les herpès zoster, progénital et labial, et enfin dans la dermatite herpétiforme (Dühring), on pourra recourir avec avantage au traitement par l'ichthyol.

Dans l'eczéma scrofuleux ou même tuberculeux, que Unna fait rentrer dans le groupe des eczémats parasitaires, l'ichthyol est un bon remède en même temps qu'il se montre un antituberculeux doux.

Les affections intertrigineuses qui constituent un autre groupe d'eczémats parasitaires sont également justiciables de l'ichthyol; Unna fait commencer les frictions avec une pommade à 10 0/0. Toutefois, si la maladie est ancienne, la peau infiltrée avec un bord un peu saillant, on emploiera de préférence un mélange à parties égales d'ichthyol et de

savon de potasse avec excès de graisse. Pour les vieux eczémats marginés, on ajoutera 2 à 10 0/0 d'acide salicylique.

L'ichthyol est encore un bon antidote contre le pityriasis capitis et contre la séborrhée sèche du cuir chevelu, ainsi que contre l'eczéma séborrhoïque qui en résulte parfois.

Il en est de même pour la furonculose, surtout quand les furoncles ont leur siège dans les régions velues; on applique alors des pommades d'ichthyol un peu concentrées (10 à 50 0/0) en raison de l'intégrité de l'épiderme et de la situation profonde des glandes enflammées.

Dans l'érysipèle et l'érysipeloïde, décrit récemment par Rosenbach, des badigeonnages avec une solution ichthyolique aqueuse à 5 0/0 suffit à amener une guérison rapide. Sur les membres, on appliquera l'ichthyol sous la forme suivante :

Sulfoichthyolate d'ammoniaque..	aa
Ether..	10 gram.
Collodion.	20 gram.

ou bien sous celle de tarlatane enduite de pommade ichthyolique.

Dans le traitement du psoriasis, l'ichthyol n'offre aucun avantage sur les médicaments généralement usités; on peut l'associer au goudron et à la chrysarobine pour éviter les érythèmes et les furoncles, ou l'utiliser quand l'irritation ne permet pas de continuer l'emploi de remèdes plus énergiques.

La pommade à l'ichthyol (5 à 10 0/0) et l'emplâtre ichthyolique peuvent aussi rendre de grands services pour aplanir les cicatrices du loup.

Dans le sycosis, Unna recommande l'ichthyol combiné avec le goudron et le savon de potasse :

- 2 parties de savon de potasse avec excès de graisse;
- 2 — d'huile de cade;
- 1 — de sulfoichthyolate d'ammoniaque.

Cette pommade n'empêche pas l'emploi intercurrent des mercuriaux.

Le traitement par les applications d'ichthyol donne également de bons résultats dans les cicatrices profondes, étendues de la face, notamment celles de la variole.

Quant à la résorcine, Unna la recommande dans le traitement des diverses parakératoses, surtout dans le pityriasis capitis (alopécie pityrode), la séborrhée sèche du cuir chevelu et l'eczéma séborrhoïque qui se développe à la suite de ces deux affections. S'il existe une inflammation concomitante, comme dans l'eczéma séborrhoïque, on emploiera une pommade à 2 0/0 dont on augmentera graduellement la proportion.

Dans les diverses variétés d'eczéma de la face avec violent prurit, dans

l'eczéma psoriasiforme, dans la forme d'eczéma décrite par les Anglais sous le nom de lichen circonscrit (eczéma acnéique, de Lailler) la pommade de résorcine à 20/0, ou la tarlatane enduite de pommade résorcinée donne d'excellents résultats. Le prurit diminue rapidement et disparaît ensuite au bout de peu de temps, la couche cornée se détache et laisse la peau guérie.

Ihle a récemment recommandé la résorcine contre le sycosis et contre celui qui est consécutif à la folliculite sub-nasale. Unna préfère le mélange de goudron, d'ichthyol et de savon de potasse avec excès de graisse. La résorcine trouve aussi un utile emploi dans le traitement des cicatrices d'origine variolique, acnéique, etc.

Andeer a signalé l'influence heureuse de la résorcine dans l'érysipèle, les exanthèmes aigus et les dermatoses infectieuses.

L'auteur termine cet important mémoire, dont nous n'avons donné qu'un résumé, par quelques considérations sur l'action du mercure sur les tissus, action qui se rapprocherait des influences pharmaco-dynamiques dont il vient d'être question. On sait que la pommade mercurielle simple provoque, chez certains individus, même après une seule friction et principalement sur les parties velues, une folliculite que l'on regarde d'ordinaire comme un eczéma mercuriel. C'est là une erreur, il se produit dans ces cas une suppuration dans des foyers multiples presque imperceptibles, sous une couche cornée épaissie. Ce n'est que par la continuation de la friction ou après des doses plus fortes que la couche cornée se détache, et à ce moment il existe réellement un état catarrhal, eczémateux.

Il y a donc ici deux périodes, la première plus acnéiforme, la deuxième inflammatoire, diffuse, eczémateiforme. Ce ne sont pas là les phénomènes que déterminent les agents typiques de réduction, le pyrogallol, la résorcine, etc., mais cependant c'est la même action mais atténuée. L'hyperkératose n'est pas assez considérable pour constituer une couche cornée protectrice, elle est toutefois comparable à celle qui se produit sous l'action plus énergique du soufre.

En outre, l'influence ramollissante du mercure sur les foyers inflammatoires profonds rapproche encore davantage ce médicament des agents de réduction.

Unna a observé très souvent que les préparations mercurielles appliquées sur la peau alternativement ou simultanément avec les remèdes de réduction ont pour conséquence d'augmenter beaucoup l'action de ces derniers. Il faut donc, d'une part, être très prudent dans l'emploi simultané des agents de réduction, et de l'autre, au contraire, employer alternativement, dans les dermatoses rebelles (lupus, keloïde), les deux médicaments pour obtenir une action énergique, comme Schwimmer l'a proposé pour le lupus. On ne peut se dissimuler que l'action thérapeutique des

agents de réduction et celle du mercure ont dans leur emploi externe de nombreux points de contact (acné, furonculose, lupus, érysipèle, dermatoses infectieuses et parakératoses).

On peut donc se demander si les effets directs et indirects produits par le mercure ne s'expliqueraient pas uniquement par des actions réductrices du mercure métallique et insuffisamment oxydé.

Si l'action du mercure sur les tissus est comparable à celle des agents de réduction, elle se fera naturellement moins sentir dans les points où il y a un apport normal ou exagéré d'oxygène. Mais elle sera surtout prononcée, c'est-à-dire elle provoquera le ramollissement, l'ulcération, la suppuration dans les points où l'apport naturel de l'oxygène sera empêché par la présence simultanée de processus de réduction. Mais il y a dans les voies digestives deux régions où il y a constamment, chez l'adulte, à un degré plus ou moins marqué, des processus de réduction, probablement par suite de la présence de certains microbes ; ce sont la bouche et le rectum.

Or ces deux points sont précisément ceux où l'action du mercure rappelle beaucoup celle des médicaments de réduction. Dans le premier, il survient de la gingivite et des ulcérations. Ces lésions ne s'observent que très rarement chez les petits enfants, les vieillards, et les individus qui ont de bonnes dents, parce que dans ces conditions les processus de réduction jouent un rôle secondaire. D'autre part, le chlorate de potasse administré à l'intérieur agit sur la stomatite mercurielle en paralysant l'action nocive des substances de réduction sur les tissus. L'eau oxygénée agit aussi dans ces cas très favorablement. On comprend que l'influence des agents de réduction administrés à l'intérieur (mercure) et le processus de réduction agissant extérieurement (microbes) sont à leur point culminant dans ces parties de la muqueuse où l'on a trouvé des fissures épithéliales superficielles (Bockhart).

Les mêmes actions nuisibles se développent sur la muqueuse rectale s'il y a accumulation de substances de réduction. Ces phénomènes s'observent plus particulièrement chez la femme où l'on rencontre plus souvent aussi des ulcérations que l'on doit rattacher à l'action du mercure; aussi, d'après ce qu'il vient d'être dit, la prophylaxie de la proctite mercurielle serait-elle presque aussi simple que celle de la stomatite reconnaissant la même origine.

A. DOYON.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE.

- I. — SUR LA NOUVELLE THÉORIE DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE, par DIDAY.
- II. — SYPHILIS INFANTILE (SYPHILIDES ET SYPHILOÏDES), conférence clinique de M. ERNEST BESNIER (*Bulletin médical*, juin 1887).
- III. — ÉRUPTION PAPULEUSE D'ASPECT VACCINIFORME OU SYPHILOÏDE SURVENUE A LA RÉGION GÉNITALE CHEZ UNE PETITE FILLE DE 23 mois, par le D^r Henri FEULARD (*France médicale*, n° 74, 1887).
- IV. — LA SYPHILIS TERTIAIRE DERMO-HYPODERMIQUE DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES EST-ELLE CONTAGIEUSE? SON TRAITEMENT, par M. le D^r CH. MAURIAC (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 14, 1887).
- V. — DES SYPHILIDES PIGMENTAIRES EN GÉNÉRAL, ET EN PARTICULIER DE LA SYPHILOÏDE PIGMENTAIRE PRIMITIVE OBSERVÉE CHEZ L'HOMME ET CHEZ LA FEMME, par J. DE FISSON (*Thèse de doctorat*. Lille, 1887).

I. — On se rappelle avec quel succès M. le D^r Diday fit, le 20 mai, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre que M. le professeur A. Fournier avait très obligeamment mis à la disposition du syphiligraphe lyonnais, une leçon sur ce point encore si controversé de la syphilis. Cette leçon a été publiée dans le numéro de mai des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*. Malgré les preuves de tout ordre accumulées par l'auteur à l'appui de sa théorie, malgré l'habileté qu'il mit à tirer parti de ces diverses considérations, en dépit de l'impression produite par cette pressante argumentation, la théorie n'en laissait pas moins plus d'un point discutable et susceptible de controverse. C'est du reste l'opinion de M. Diday lui-même qui, à l'occasion d'une étude critique faite sur ce sujet et à ce propos par M. le D^r Vallas, prosecteur de la Faculté de médecine de Lyon, a ajouté de nouvelles démonstrations à celles qu'il avait déjà fournies. Nous en extrayons les principaux passages, certain que les lecteurs des *Annales* nous sauront gré de mettre sous leurs yeux ce que M. Diday lui-même appelle le *complément nécessaire* de son premier exposé. C'est de telles polémiques, c'est des discussions contradictoires comme celle-ci, poursuivies de part et d'autre avec une égale loyauté, avec une égale connaissance des difficultés ainsi que des exigences de la question, qu'il est permis d'espérer l'élucidation définitive de l'un des problèmes à la fois les plus obscurs, mais les plus

attrayants et les mieux fondés en promesses thérapeutiques que la syphiligraphie moderne puisse offrir au zèle des investigateurs.

A. DOYON.

La nouvelle explication proposée par M. Diday des faits de la transmission syphilitique héréditaire, se résume dans les termes suivants :

« Un père syphilitique peut, dans l'acte de la génération, transmettre son mal au produit de la conception. Mais, dans ce cas, le sperme fécondant n'a pas agi directement sous l'ovule; il a commencé par infecter la mère en se mettant en contact avec la muqueuse tubaire, ou avec le péritoine (de même qu'on développe la tuberculose sur un cobaye en injectant dans son péritoine le sperme d'un cobaye tuberculeux). Et c'est la mère qui, une fois infectée par ce mécanisme, transmet le mal à l'embryon par les communications sanguines utéro-placentaires. »

Sans s'arrêter plus que nous n'avons nous-même à le faire ici, aux preuves physiologiques et cliniques rassemblées par M. Diday à l'appui de cette explication (1), M. le docteur Vallas, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, lui oppose un argument dont tous les syphiligraphes saisiront la portée. « Ce n'est pas le spermatozoïde *fécondateur, créateur*, dit-il à M. Diday, qui, dans votre théorie, devrait être accusé d'avoir donné la syphilis à la mère; c'est le sperme en tant qu'humeur physiologique. »

« Mais, s'il en est ainsi, poursuit M. Vallas, une difficulté surgit. Résultant d'un tel mécanisme, c'est-à-dire développée par le dépôt d'un contagium sur un tissu absorbant, la vérole ne doit pas avoir les caractères particuliers propres à la syphilis par génération. « Il s'agit là d'une contamination par le procédé de la syphilis acquise. Ce n'est plus une vérole *sanguine*, c'est une vérole *lymphatique* dans toute l'acception du terme. Mais pourquoi alors évolue-t-elle d'une façon si spéciale? Pourquoi est-elle parfois atténuée au point de devenir imperceptible? Pourquoi est-elle secondaire d'emblée (1)? » Telle est, nette et précise, l'objection formulée par M. Vallas. — Écoutons la réponse de M. Diday :

Atténuable... secondaire d'emblée... tels sont bien, en effet, dit-il, les caractères admis de la syphilis que la mère contracte par le fait de la génération. Et je reconnais aussi que ces caractères sont incompatibles avec ce qu'on sait, du moins avec ce que nos doctrines enseignent sur l'évolution de la syphilis dite *acquise*, dite *lymphatique*. Oui, ces lois impératives, inattaquées jusqu'ici, impliquent que ce qui produit l'infection fœtale c'est l'acte fécondant... Avec Robin, avec Virchow, avec vous-même qui ne contestez point ceci, je prétends, moi, au contraire, qu'un *contagium* (tel qu'est l'agent causal de la syphilis) ne peut passer d'un être à l'autre que par les voies de la circulation. Ainsi, les deux difficultés que vous avez soulevées, fussent-elles insolubles, ne ruineraient point mon explication du mode selon lequel la syphilis passe du père au fœtus. *Ce passage ne peut avoir lieu que par les voies de la circulation* : Donc, l'organisme de la mère étant seul en

(1) Voir le mémoire de M. Diday in *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, juin 1887.

(2) *La Province médicale*, 3 septembre 1887.

rapport *vasculaire* avec le fœtus, c'est l'organisme maternel qui, *seul*, peut servir d'intermédiaire. La question de savoir quel genre d'atteinte la mère a reçu dans ce rôle est d'ordre secondaire; et bien plus secondaire encore celle de savoir à quel degré cette lésion toute particulière de la mère se rapproche ou s'éloigne de l'évolution d'une syphilis due à la vulgaire mise en contact des produits d'une sécrétion morbide avec un tégument érodé. — Cela entendu, examinons de près ce que vous alléguiez sur l'impossibilité que, dans ma théorie, la vérole de la mère soit atténuable et commence par des accidents secondaires.

1° ATTÉNUATION. — La *pathogénie des atténuations virulentes* n'est rien moins que faite. Non qu'elle manque de bases. Loin de là, elle possède des éléments expérimentaux et cliniques d'une certitude avérée. Telle est même leur certitude que si, pour expliquer le phénomène de l'atténuation, on voulait ne tenir compte que de l'un des ordres de causes incontestablement capables de produire ce phénomène, on tomberait dans un exclusivisme à l'instant condamné par une observation plus compréhensive.

Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, deux jumeaux naissent, l'un sain, l'autre syphilitique. Là, le contagium était identique : identiques aussi sa voie de transport et son mécanisme de pénétration. En concluez-vous que toute atténuation des effets infectieux doit s'expliquer par l'état des sujets exposés à l'action du contagium?... Non! juste pour ce cas, la conclusion serait fautive si vous la généralisiez. Car, d'autre part, c'est un fait maintenant acquis qu'un sujet est d'autant mieux, d'autant plus longtemps réfractaire à la variole qu'il avait eu un nombre plus considérable de boutons vaccinaux (Trousseau, Eichorn, Marsen, Peter, Molitor); ce qui avertit le pathogéniste que, pour s'expliquer les atténuations, il faut, en outre, compter avec la quantité du contagium introduit.

D'autre part, le lieu où le contagium est introduit, le mode selon lequel il s'introduit sont-ils, au point de vue qui nous occupe, choses indifférentes?... Non, certes. Ni la chancrelle ni la gale ne sont produites à la face par le procédé clinique; mais on les y fait naître en *inoculant* leur agent producteur.

L'inoculation est-elle donc, ainsi que ces deux exemples le feraient présumer, un moyen assuré de forcer la porte, d'engendrer des effets là où le simple dépôt du contagium n'avait pas suffi à les déterminer?... Oui pour certains cas; non pour d'autres. Si, dans les exemples précédents, l'inoculation a activé la force du virus, ne l'atténuait-elle pas dans l'ancienne pratique dite *Inoculation*, pratique qui, avant la découverte de la vaccine, avait pris le nom et mérité le crédit de méthode *préservatrice*?

Ce thème prêterait à de plus amples développements. Mais ceci suffit, ce me semble, pour nous prémunir contre la tentation de formuler, en cette matière, des conclusions trop absolues, dans le sens négatif, comme dans le sens positif.

2° ÉVOLUTION D'EMBLÉE SECONDAIRE. — Lorsqu'une femme restée saine jusque-là conçoit d'un mari syphilitique, et que l'enfant ainsi engendré naît syphilitique, tout, dans cette migration de virus, ne se borne pas toujours pour la mère à ce qu'elle gagne l'incapacité à contracter un chancre par le contact des lésions de son enfant. Dans des cas rares, elle gagne une syphilis complète. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que les premières lésions qu'elle présente alors au clinicien sont d'ordre secondaire. Et vous vous emparez avec raison de cette circonstance, mon cher critique, pour me dire :

« Si, comme votre théorie le veut, la mère, dans ce cas, a pris la syphilis au contact des spermatozoïdes, c'est une vérole classique d'adultes, une vérole lymphatique, et, ainsi que dans toutes les véroles de cette origine, un chancre est la lésion initiale. Or, au contraire, dans la syphilis maternelle par génération, il n'y a pas de chancre. »

Pardon, cher confrère : pas de chancre... visible. Mais que dis-je ? Dans l'espèce, ce mot est une naïveté. Visible, il ne saurait l'être, car ce n'est pas du chancre *intra-utérin* d'Aubert qu'il s'agirait ici, mais bien du chancre de la trompe, et même du tiers externe de la trompe, ou du péritoine (dans lequel il n'y a rien d'impossible, rien d'in vraisemblable que quelque spermatozoïde se soit égaré). Alors, en contact avec ce *lac lymphatique*, l'absorption de l'agent infectant serait, pour ainsi dire, forcée. A cette profondeur, comment, je ne dis pas découvrir par la vue ou le toucher, mais comment seulement soupçonner d'après les signes indirects et rationnels, l'existence d'un ulcère unique, indolent lui et son entourage, à rapide évolution, tel qu'est et se comporte le *chancre* ? Sera-ce par l'adénopathie ? Mais ce sont les ganglions lombaires qu'il faudrait aller palper. Pour savoir si l'appareil tubovariatique est lésé, vous en rapporterez-vous à l'atteinte que par le fait de la lésion, ses fonctions auraient subie ?... Mais, dans la circonstance, ses fonctions sont suspendues pendant neuf mois. En vérité, en vérité, tout m'oblige à le dire, un tel chancre ne se révèle qu'à l'autopsie ou au raisonnement.

En attendant, sans impatience, qu'un hasard mette à notre portée le premier de ces deux secours, essayons du deuxième.

A ce point de vue, j'énoncerai seulement trois remarques :

Vu l'impossibilité de constater le chancre tubaire, à plus forte raison péritonéal, si l'on n'est pas autorisé à en affirmer l'existence dans ce cas, l'on n'est pas davantage admis à la nier.

Donc, en l'absence du témoignage des sens, que nous dit l'analogie ?

Que, transmise dans des conditions aussi semblables que possible (1) à celles dont il s'agit ici, toute syphilis débute et reste quelque temps uniquement représentée — donc, dans la circonstance méconnaissable pour le clinicien — par une lésion au point touché. Ainsi, dans la tuberculose produite chez des cobayes par l'inoculation de matière tuberculeuse, Landouzy et Martin, Daremberg, Elsemberg signalent, à l'endroit inoculé, un abcès, un foyer, une *plate*, un *ulcère caséux*, lésion à laquelle Martin a même donné le nom de *chancre abdominal*.

Une autre source d'informations semble abonder dans le même sens : c'est la supputation du temps que, en général, l'évolution des périodes initiales de la syphilis demande pour s'accomplir. Quelle durée, d'après la statistique de Rollet et la mienne, quelle durée de temps sépare l'acte contaminant de l'apparition des premiers symptômes secondaires ? Comptons :

Du jour de l'acte contaminant au début du chancre.....	23 jours.
Du début du chancre à l'éclosion secondaire.....	46 —
Total.....	69 jours.

Bien entendu, ceci n'est qu'une moyenne, comportant des écarts allant jusqu'à 15 ou 20 jours, et plus.

Eh bien ! si l'on compulse le tableau que j'ai dressé de ceux des cas de sy-

(1) Je dis à dessein « aussi semblables que possible » et n'entends point m'engager au delà.

philis par conception où les renseignements ont pu être recueillis avec quelque précision à la colonne des incubations, sur 15 faits, vous en verrez 11 de 60 jours et au-dessus.

« Et que prouve, me dira-t-on, ce laborieux échafaudage de chiffres ? »

Pas grand'chose, au premier coup d'œil ; mais à y regarder de plus près, tout au moins ceci : que si, dans le cas précité, dans la syphilis par génération, la transmission du mal a eu lieu selon le procédé propre à la syphilis *acquise*, avec un chancre pour point de départ, chronologiquement il y a eu place pour la série classiquement déroulée des accidents qui se succèdent régulièrement durant son invasion. J'ai dit : il y a eu place pour cette série. Et j'ajoute : il n'y a eu pour elle que place strictement mesurée.

En résumé, de par une grande loi physiologique qui prime toutes nos petites subtilités doctrinales, un homme atteint de syphilis ne peut, dans le coït fécondant, la transmettre directement à l'ovule.

Donc, si la femme, saine à ce moment, devient, durant sa grossesse, syphilitique à un degré quelconque, comme elle ne peut tenir son mal du produit de la conception, elle le tient du contact des spermatozoïdes infectés avec la muqueuse tubaire ou la séreuse péritonéale.

Maintenant, s'il faut préciser à quelle espèce de syphilis (classées selon leur mode intime d'origine), appartiendra celle ainsi reçue par la mère, deux explications se présentent : ou, conformément à la loi des véroles *acquises*, il y a eu d'abord chancre au point touché ; ou bien, vu les qualités toutes spéciales de vitalité, de force de pénétration que possédait à ce moment l'agent infectant, ou de pénétrabilité qu'avait le tissu touché (ceci surtout pour le péritoine), cet agent a passé sans effraction, et sans trace d'effraction, dans les voies de l'absorption.

Et justement, en face de ces deux causes, dont chacune a son degré de vraisemblance, surgissent, dans la pratique, deux sortes d'effets, puisque la mère ainsi atteinte a tantôt une vérole à lésions manifestes, une vérole à plein tarif, comme je l'ai appelée ; tantôt seulement l'immunité contre la syphilis (telle qu'elle est spécifiée par la loi de Colles).

Ne serait-ce point là un avis donné par la clinique, à nous tous tant que nous sommes, systématisateurs et théorisants ? Puisque, par fortune, pour deux hypothèses à pourvoir, il se trouve deux ordres de faits à expliquer, l'affaire ne saurait-elle s'arranger ? Voyons : si je proposais cette conclusion finale...

La mère a-t-elle gagné par génération une vérole complète ? ceci, notons-le, fait très rare. — C'est que, exceptionnellement, le contact du spermatozoïde infecté avait produit un chancre, tubaire ou péritonéal.

Au contraire, tout s'est-il borné, pour la mère, à la création chez elle de l'immunité ? fait le plus ordinaire. — C'est là l'analogue de ces éruptions vaccinales généralisées, — dites *vaccinides* — constamment bénignes, produites expérimentalement chez les animaux, par le virus qui a pénétré dans l'économie selon un mécanisme autre que l'inoculation.

II. — Dans une de ses dernières conférences, M. E. Besnier a présenté une série d'enfants atteints de lésions, qui, par leur siège topographique et leurs caractères objectifs éveillent tout d'abord l'idée de syphilis infantile. Il faut bien savoir pourtant que celle-ci est souvent d'un diagnostic

difficile : d'une part, en effet, on est exposé à méconnaître une affection réellement syphilitique en la confondant avec une altération commune ; à prendre, par exemple, pour un pemphigus des nouveau-nés, une syphilis bulleuse ; de l'autre, on peut considérer comme syphilitique et accuser à faux de syphilis un enfant et ses parents, qui en sont indemnes. Il est enfin des cas tellement ambigus qu'il n'est pas toujours possible de se prononcer d'une manière catégorique. Les malades qu'a présentés M. E. Besnier montrent la réalité de ces propositions.

Dans le premier fait, les lésions ne sont pas syphilitiques, mais simulent les syphilides : c'est un cas d'érythème infantile, athrepsique, urinaire et fécal, et de lésions bucco-labiales dues aux microphytes d'un lait altéré. Dans le deuxième fait, les lésions sont objectivement syphiloïdes, mais leur nature réelle est d'une interprétation très difficile ; M. E. Besnier propose, à titre provisoire, de dénommer ces lésions : intertrigo vacciniiforme des nouveau-nés, ou érythème papuleux vacciniiforme des nouveau-nés.

Voici l'analyse de ces deux intéressantes observations :

Premier fait. — Il s'agit de deux jumelles de quelques semaines, toutes deux allaitées par leur mère, aidée du biberon. Elles ont l'aspect de petites vieilles, elles sont émaciées, cachectiques et présentent sur la langue, les lèvres, les plis ano-génito-cruraux des rougeurs avec exulcérations multiples. La mère, d'aspect misérable, chétive, porte au sein gauche une rhagade semi-lunaire et, dans l'aisselle correspondante, un ganglion mobile et indolent.

M. E. Besnier montre, d'une manière très nette, que ces diverses lésions chez les enfants comme chez la mère sont des syphiloïdes et non des syphilides.

Les lésions bucco-labiales des enfants ne sont pas syphilitiques : leurs bords, en effet, ne sont pas élevés, leur fond est érythémateux ; il n'y a aucune trace de prolifération condylomateuse ; de plus, elles n'occupent que la langue et les lèvres et sont exactement localisées aux mêmes points chez les deux enfants. Les narines, les fosses nasales, les commissures naso-jugales, les paupières sont intactes. Ce sont de simples lésions dues au biberon commun et causées par les microphytes du lait qui pullulent dans ces appareils défectueux. Quant aux accidents des plis ano-génito-cruraux, leurs caractères non syphilitiques sont plus manifestes encore ; en effet, sur un fond d'érythème lisse, diffus se voient des exulcérations légèrement saillantes, superficielles, absolument irrégulières dans leurs contours, sans aucune base néoplasique. Ces nappes érythémateuses occupent le siège régulier de l'intertrigo urinaire et fécal, intertrigo des enfants athrepsiques d'un degré encore peu avancé. Ces érythèmes péri-génitaux et fessiers avaient été con-

sidérés à tort par Parrot comme syphilitiques. Un interne de E. Besnier, M. Jacquet a, en 1886, démontré la nature pseudo-syphilitique de ces lésions (Voir *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, n^{os} 7-8, 1886). Par conséquent ces enfants, originairement débiles du fait même de leur naissance gémellaire et mal nourris, sont atteints d'érythème infantile athrepsique, urinaire et fécal, dû assurément à un microphyte pathogène contenu dans les garde-robes, et de lésions bucco-labiales dues aux microphytes du lait altéré dans des biberons non désinfectés.

Quant à la mère, les lésions qu'elle porte au sein ne sont pas non plus syphilitiques; voici les raisons qu'en donne M. E. Besnier : 1^o chronologiquement, au rapport de cette femme, les enfants avaient déjà les lésions buccales quand la fissure du sein s'est produite; 2^o elle a eu pareil accident quand elle nourrissait ses autres enfants; 3^o les caractères de la fissure rapprochés des lésions voisines de l'aréole sont ceux de l'eczéma vulgaire des nourrices et non ceux du chancre du sein — ces lésions sont du même ordre que les altérations bucco-labiales des enfants; 4^o si ces nouveau-nées, atteintes de syphilis par hérédontagion, avaient contaminé leur mère, elles auraient produit une exception à la loi de Colles; enfin l'examen du père, au point de vue de la syphilis, est resté négatif pour le passé et le présent.

Le traitement institué par M. E. Besnier a été exclusivement local : nettoyage, désinfection des biberons, lotions des lésions bucco-labiales et cutanées des enfants et de la mère avec l'eau boriquée; pansement des ulcérations avec la vaseline boriquée à 5 0/0; enfin, recommandations à la mère sur la qualité et la quantité du lait à donner aux enfants. Ces soins ont amené en une huitaine de jours la guérison des lésions que présentaient la mère et les enfants.

Deuxième fait. — Il s'agit d'un enfant de trois mois, très bien portant, allaité par sa mère, qui jouit, elle aussi, d'une très belle santé. L'enfant présente cependant à l'anus, dans le pli scroto-crural, dans les plis transversaux de la face interne de la cuisse, une série d'éléments arrondis ressemblant pour quelques-uns aux pustules aplaties, argentées et ombiliquées du vaccin et, pour d'autres, aux plaques syphilitiques humides, telles qu'on les observe communément dans ces régions.

L'aspect syphilitique de ces lésions est manifeste; la mère avouait d'ailleurs avoir contracté la syphilis il y a huit ans. Tout en étant frappé de cette date éloignée de la contamination et aussi de la parfaite santé du nourrisson, M. E. Besnier soumit pourtant la mère et l'enfant à la médication classique. Le résultat fut nul : persistance des éléments premiers, formation d'exulcérations bordées d'un feston marginal opalescent, apparition, aux confins des premiers éléments, d'éléments nouveaux sous forme d'une petite tache érythémateuse ou d'un nodus léger,

rapidement couronnés d'une vésicule petite, aplatie, éphémère, qui forme le centre de l'élément ultérieur. Celui-ci devient bientôt une papule cupuliforme dont la durée est longue et qui va s'étalant, puis s'accolant aux éléments voisins. Tels sont les caractères objectifs et l'évolution de cette éruption qui dure depuis des semaines, va durer des semaines et des mois, restant localisée et n'ayant que très peu d'éléments aberrants.

Les caractères objectifs sont nettement syphilitiques; mais quelle est la nature réelle de ces lésions?

M. le professeur Fournier, déclarant que cette affection n'est pas syphilitique, a proposé, à titre provisoire, de la désigner sous le nom d'*herpès phlycténoïde des nouveau-nés*. Pour M. E. Besnier, la nature érythémato-papuleuse de la lésion essentielle et sa durée s'opposent à l'admission du terme herpès; et il préfère également, à titre provisoire, et sauf contrôle, la dénommer *intertrigo vacciniiforme des nouveau-nés* ou *érythème papuleux vacciniiforme des nouveau-nés*. Il pense que si ces lésions ne sont pas syphilitiques, elles sont en rapport avec la germination d'un élément microphytique qu'il reste à découvrir et à déterminer. L'intégrité de la santé des enfants, la forme éruptive, la localisation sur un terrain de culture déterminé, plaident en faveur de cette hypothèse. Quoique la bénignité de l'érythème papuleux vacciniiforme ou syphiloïde des nouveau-nés paraisse à peu près certain, M. E. Besnier ne s'est pas cru autorisé à faire aucune tentative d'inoculation.

L. PERRIN.

III. — Trois cas de cette rare affection, sur laquelle M. le Dr Besnier vient d'attirer l'attention, se sont succédé à assez bref délai dans les services de l'hôpital Saint-Louis; M. le Dr Feulard en publie un qu'il a observé et suivi jusqu'à entière guérison dans le service de M. le professeur Fournier.

Voici l'analyse de cette observation :

Il s'agit d'une petite fille de 23 mois, dont la mère, âgée de 33 ans, n'est nullement syphilitique, mais a été soignée récemment pour de l'eczéma à l'hôpital Saint-Louis. Pendant le séjour qu'elle fit dans cet hôpital, elle fut obligée de se séparer de son enfant, qu'elle plaça au dépôt des Enfants-Assistés. Elle la reprit au commencement du mois de février 1887, malade, atteinte de diarrhée, de rougeurs et d'excoriations sur les régions génito-crurales. Malgré les soins maternels, l'enfant ne se rétablit pas : elle avait de la fièvre, ne mangeait pas et refusait de marcher. Ce fut à ce moment qu'apparut, sur les régions génitales, une éruption semblable à celle que l'on constata le 20 mars, au moment où la mère et l'enfant furent admises dans le service de M. le professeur Fournier.

L'éruption, bien décrite par M. le Dr Feulard, siège sur la région des grandes lèvres, le périnée, l'anus, les plis génito-cruraux et inguinaux; elle est constituée par des éléments papuleux, de forme arrondie, faisant une

légère saillie sur les parties saines, au niveau desquelles la peau est normale. Les dimensions de ces éléments sont variables; ils ont cinq à six millimètres de diamètre; leur centre est un peu déprimé, tandis qu'à la périphérie existe une auréole rosée; leur consistance est un peu ferme; leur couleur est blanc grisâtre, d'aspect couenneux; mais si leur surface semble recouverte d'une couenne épithéliale, ce n'est qu'une apparence, car on ne peut détacher cette couenne ou la soulever comme on ferait d'une pellicule. Le nombre de ces éléments papuleux est peu considérable; voici le dénombrement exact que donne M. Feulard. Sur les grandes lèvres, au niveau de leur tiers antérieur, existent deux de ces papules, une à droite, l'autre à gauche; près de la fourchette, une de chaque côté; celle de droite, qui est la plus volumineuse, a six à sept millimètres et ne présente pas une apparence couenneuse, la surface est rosée. Autour de l'anus se voient six papules; dans le pli interfessier, près de la marge de l'anus, il y en a deux à droite, quatre à gauche; elles sont disposées de telle façon que, lorsqu'on rapproche les fesses, celles de droite s'appliquent exactement sur celles de gauche. Au niveau des plis inguinaux, à droite, à peu près au milieu du pli, on trouve trois petites papules; à gauche, elles sont au nombre de dix, disposées moitié dans le pli inguinal, moitié dans le pli génito-crural. Les ganglions inguinaux sont engorgés des deux côtés. Par le vagin, écoulement depuis six à sept semaines d'un liquide purulent et rougeur assez vive de la face interne des grandes lèvres et du vestibule. Tels sont les caractères de cette éruption. Sur le reste du corps, dans la bouche, on ne constate aucune lésion. M. le professeur Fournier la regardant comme non syphilitique, ne prescrivit qu'une médication locale; et en dix jours, sous l'influence de soins de propreté, l'écoulement vaginal diminua, les papules, saupoudrées de poudre d'amidon, guérissent facilement aux aines; celles de la vulve et de l'anus, après être restées stationnaires, avec leur apparence gris sale, montrèrent une tendance générale à l'affaissement; et, dès qu'on les eût pansées avec de la poudre d'iodoforme, s'éteignirent peu à peu.

Un mois après l'entrée de la petite malade à l'hôpital, toutes les papules guéries, cicatrisées, ne laissaient après elles que des macules légèrement brunâtres, l'adénopathie était en régression, la diarrhée disparue, l'appétit était revenu et l'enfant recommençait à marcher. Pendant toute la durée du séjour dans les salles, aucune éruption ne fut constatée sur la muqueuse buccale ni sur la peau.

Dans cette observation, comme dans celle de M. le Dr E. Besnier, le siège topographique des lésions est le même (les régions génitales et crurales); les caractères objectifs sont analogues: ce sont des saillies papuleuses de dimensions variables, de forme arrondie, dont le centre, légèrement déprimé, est exulcéré pour les éléments qui siègent vers la marge de l'anus, croûteux pour ceux qui sont situés dans les aines; ce centre est entouré d'un petit bourrellet blanc grisâtre, d'aspect couenneux, avec aréole rosée périphérique. Ces caractères objectifs rappellent ceux des pustules vaccinales ou des plaques syphilitiques de la peau décrites par Legendre et Bazin. La similitude d'aspect avec les plaques syphilitiques est telle qu'il est difficile de ne pas faire de confusion; ces lésions pourtant ne sont pas des syphilides; leur nature et leur dénomi-

nation sont encore à trouver. M. Feulard estime que cette éruption ne doit pas être considérée comme un herpès, car on ne peut dire qu'elle soit vésiculeuse ; elle doit être rangée dans ces éruptions si fréquentes aux régions génito-crurales chez les jeunes enfants, qui se rapprochent de l'intertrigo.

L. PERRIN.

IV. — Dans cette leçon clinique faite à l'hôpital du Midi, M. Mauriac fait remarquer, qu'en bonne pratique, il faudrait considérer comme virulentes, et par conséquent comme contagieuses, toutes les lésions que la syphilis produit. Les rapports sexuels devraient donc être interdits d'une façon absolue. Les lésions génitales, d'ordre tertiaire, ne sont pas, en effet, toujours tardives, elles peuvent être précoces ; la contagiosité, en pareil cas, est une question de date, et on est loin d'être fixé sur l'époque précise où la virulence finit.

A propos de ces remarques, M. Mauriac rapporte trois faits qui présentent le plus grand intérêt. Dans le premier fait, il s'agit d'un homme de 32 ans, présentant sur la verge, au niveau du sillon, autour du sillon, sur les lèvres du méat et l'extrémité du gland, des érosions ayant tous les caractères du syphilome primitif avec tuméfaction des ganglions inguinaux. Le diagnostic de chancres infectants s'imposait. Ces accidents dataient de six semaines environ et étaient survenus un mois après le dernier coït. Le malade s'était marié trois semaines après le début de cette affection ; il n'avait jamais eu la syphilis, mais affirmait avoir eu déjà trois ou quatre fois des accidents semblables à ceux qu'il présentait. Avec un simple traitement émollient, au bout d'un mois survint la guérison à peu près complète de ces lésions, sauf celle du méat. Sur la surface du corps, sur la muqueuse bucco-pharyngienne, aucun vestige de syphilis ; la femme, après deux mois de mariage, n'avait rien ; et, revue encore plus d'un mois après, elle était tout aussi indemne. Renonçant au diagnostic de chancre infectant, M. Mauriac pensa à celui d'une syphilose génitale tertiaire, d'autant plus que le méat s'était légèrement creusé en entonnoir, et que le malade avait eu sur la jambe une pustule ressemblant à un ecthyma syphilitique. Il se soumit au traitement mixte, tout en soutenant qu'il avait la certitude de n'avoir jamais eu la syphilis.

Que conclure de ce fait ? Était-ce une lésion d'ordre commun ? Était-ce une lésion syphilitique ?

M. Mauriac rapporte un autre fait du même ordre : il s'agit d'un homme marié n'ayant jamais eu aucune trace d'infection syphilitique ancienne, présentant une lésion dans la fossette gauche du filet. Cette lésion avait tous les caractères d'un chancre infectant et était accompagnée de tuméfaction et d'indolence presque complète des ganglions de

l'aine du même côté. La femme de ce malade était absolument indemne et lui affirmait ne s'être exposée à aucune contagion possible. La guérison de cette lésion eut lieu au bout de quatre à cinq semaines; un des ganglions de l'aine s'enflamma et devint le siège d'un petit abcès qui guérit très vite. Aucun accident secondaire ne se montra, le malade fut examiné et suivi par M. Mauriac pendant des semaines et des mois.

Enfin, voici un exemple d'ulcérations tuberculo-ulcéreuses des organes génitaux qui ne furent pas contagieuses. Homme de 36 ans, niant tout antécédent syphilitique, mais ayant eu à la partie antéro-supérieure de la jambe droite des lésions ulcéreuses traitées comme spécifiques et ayant laissé trois ou quatre cicatrices arrondies, blanches avec liséré noir, dont l'aspect était typique. A l'âge de 34 ans, apparition de rougeurs saillantes et grenues sur la surface supérieure du gland qui, après être restées dures et sèches pendant quatre à cinq semaines, s'ulcérèrent et furent guéries au bout de six mois sans traitement spécifique. Elles laissèrent après elles des pertes de substance considérables sur la couronne et dans le sillon. L'affection se reproduisit deux ans après.

M. Mauriac, qui vit alors le malade, constata qu'elle avait décortiqué presque toute la surface du gland et crénelé la couronne; la muqueuse du prépuce présentait deux érosions qui reposaient sur une base indurée, etc. On trouvait là tous les caractères de la syphilose balanopréputiale; rien dans les aines, aucune manifestation spécifique sur d'autres parties du corps; la santé générale était excellente. Le traitement mixte amena une guérison rapide. Ces lésions étant peu douloureuses, le malade ne cessa pendant toute la durée de l'affection d'avoir des rapports sexuels avec sa femme qui n'était pas syphilitique et resta pourtant toujours indemne.

M. Mauriac, à propos de ce fait, rappelle qu'il a vu des lésions semblables, tertiaires par leur processus et par leur forme, survenir au troisième mois de la syphilis. Qui oserait affirmer qu'à cette date, elles ne seraient pas contagieuses. Quant à leur traitement, le mercure et l'iode de potassium doivent être employés simultanément, quelles que soient la forme et l'époque d'apparition de ces syphiloses. Seulement, dans les syphiloses génitales précoces, on doit insister un peu plus sur les mercuriaux que dans les syphiloses tardives. Celles-ci pourront être combattues uniquement par la médication iodurée. Le traitement local consiste en soins de propreté minutieux et, avant d'en venir aux topiques modificateurs, il faut faire disparaître par des applications à la fois émollientes et calmantes toutes les complications inflammatoires. On doit alors employer l'iodoforme, et si son odeur la fait repousser, les pommades au calomel et à l'oxyde de zinc. Les cautérisations au nitrate

d'argent ne sont utiles que dans la phase de réparation pour activer le bourgeonnement lorsqu'il est inerte, ou le réprimer lorsqu'il est exubérant.

L. PERRIN.

V. — A l'exemple de son maître, le professeur Leloir, l'auteur divise les syphilides pigmentaires en : syphilides pigmentaires primitives, c'est-à-dire s'établissant d'emblée sur la peau des malades, et syphilides pigmentaires secondaires, c'est-à-dire macules succédant aux éruptions cutanées spécifiques.

La syphilide pigmentaire primitive est, pour lui, une anomalie caractérisée par l'existence simultanée de l'achromie et de l'hyperchromie; néanmoins, en raison de la pigmentation toujours plus accentuée au cou que sur les autres régions de la peau, les flots blancs ne présentent pas de différence bien nette de coloration avec la partie inférieure du corps. La forme cerclée ou multicerclee des zones hyperchromiques est une preuve de la nature spécifique de la lésion. La fréquence de cette dermopathie est variable suivant les pays, et M. Leloir l'a rencontrée beaucoup plus souvent à Lille que dans les hôpitaux spéciaux de Paris; il l'a trouvée très nettement développée, 41 fois sur 412 syphilitiques. Elle est assez fréquente chez l'homme, du moins à Lille, où M. Leloir l'a vue 10 fois sur 215 hommes syphilitiques et 31 fois sur 197 femmes syphilitiques. Elle s'observe généralement chez des sujets à peau blanche, pâles, anémiques, débilités. Son apparition coïncide fréquemment avec des phénomènes nerveux spécifiques, tels que de violents maux de tête; elle débute, le plus souvent, quelques semaines après la roséole. La pathogénie de la syphilide pigmentaire ne peut être exactement déterminée; mais les travaux récents de Leloir, sur le vitiligo d'origine nerveuse, permettent de se demander s'il ne s'agit pas d'une dermopathie d'origine nerveuse, d'un vitiligo syphilitique, et cela d'autant mieux que la syphilide pigmentaire s'observe principalement chez les femmes et chez les sujets lymphatiques, c'est-à-dire chez des malades spécialement prédisposés aux troubles du système nerveux, et qu'elle se produit à une période de la syphilis où les troubles de la sensibilité, indiquant une altération nerveuse, ne sont pas rares. Le pronostic de la lésion elle-même est bénin; néanmoins elle indique que le malade est anémié ou prédisposé à des accidents nerveux.

Les syphilides pigmentaires secondaires seraient mieux nommées, à notre avis, pigmentations d'origine syphilitique, car il ne s'agit plus d'une lésion en évolution, mais du reliquat d'une lésion antérieure, d'une modification de la coloration cutanée quelque peu analogue, par son origine, à une cicatrice. Ces pigmentations sont particulièrement fréquentes dans la syphilis; la cicatrice du chancre présente souvent une

teinte bronzée plus ou moins accentuée; les syphilomes résolutifs, mais surtout les syphilomes non résolutifs, sont souvent suivis de pigmentations qui rappellent la disposition et la forme des lésions antérieures, dont les parties centrales sont ordinairement moins foncées que la périphérie. A la suite de lésions syphilitiques du cou, elles peuvent occuper le même siège que la syphilide pigmentaire primitive, et parfois les deux variétés de lésions coïncident sur une même région (syphilide pigmentaire mixte de Leloir); mais on ne peut considérer tous les faits de syphilide pigmentaire comme consécutifs à d'autres lésions, car, en raison de la fréquence de cette lésion au niveau du col, on serait alors obligé d'admettre que cette région est fréquemment le siège de la roséole syphilitique, ce qui est manifestement faux. La syphilide pigmentaire secondaire présente une coloration très variable, et dont l'intensité est souvent en rapport avec la gravité de la syphilis.

22 observations empruntées au service de M. Leloir forment la base de cette thèse, qui constitue un travail sérieux et digne d'attention sur un sujet dont certains points sont encore controversés.

GEORGES THIBERGE.

BIBLIOGRAPHIE.

REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS 1886 A 1887,

Par **G. THIBIERGE.**

- I. — DES DERMATOSES SIMULÉES, par J. CISTERNE (13 juillet 1887).
- II. — RAPPORTS DES ÉRUPTIONS CUTANÉES AVEC LES SUPPURATIONS, par P. LAUMET (20 juillet 1887).
- III. — DU CLOU DE BISKRA, par M. BOUQUET (3 juin 1887).
- IV. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE CUTANÉE. — DES ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES, par B. RITZO (11 mai 1887).
- V. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE DU LUPUS VULGAIRE DE LA FACE, par N. CHRISTESCU (27 mai 1887).
- VI. — L'IODISME, par E. BRADLEY (6 juillet 1887).
- VII. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MANIFESTATIONS CUTANÉES DE L'URÉMIE, par P. PERSY (23 avril 1887).
- VIII. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ŒDÈME RHUMATISMAL AIGU ISOLÉ DES MANIFESTATIONS ARTICULAIRES, par H. CŒUR (10 janvier 1887).
- IX. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PELLAGRE CONSIDÉRÉE PARTICULIÈREMENT EN ROUMANIE, par C. ORLÉANU (13 janvier 1887).
- X. — UNE OBSERVATION DE MYXŒDÈME, par J. B. LANBOUAR (26 juillet 1887).
- XI. — DES TROUBLES TROPHIQUES DE LA PEAU CONSÉCUTIFS A LA PARALYSIE INFANTILE, par O. FRISSARD (11 février 1887).
- XII. — L'HERPÈS OCULAIRE, par E. DURRUTY (29 juin 1887).
- XIII. — DU TRAITEMENT DES VÉGÉTATIONS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES, par M. DECOSTER (1^{er} juillet 1887).
- XIV. — DE LA PELADE ; NATURE ; TRAITEMENT ; PROPHYLAXIE, par M. BUCHIN (24 janvier 1887).
- XV. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PELADE, par G. LORiot (21 mars 1887.)

XVI. — DU TRAITEMENT DES CANCROÏDES PAR LE CHLORATE DE POTASSE, par J. HYVERNAUD (2 mai 1887).

XVII. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MYOMES DE LA PEAU ET DU TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ par G. PHÉLISSE (25 juillet 1887).

I. — L'étude des lésions de la peau artificiellement produites dans un but de simulation n'avait été jusqu'ici l'objet d'aucun travail d'ensemble. Des observations assez nombreuses, recueillies dans divers recueils, et dont un grand nombre étaient peu connues ou avaient passé inaperçues, et quelques faits inédits recueillis dans les services de MM. Fournier et Vidal ont permis à M. Cisterne d'écrire sur ce sujet une thèse où les matériaux sont bien coordonnés et qui ne manque pas d'intérêt.

Les sujets qui cherchent à simuler les dermatoses sont parfois des conscrits, qui veulent éviter le service militaire, ou des soldats qui essayent de se soustraire aux obligations de leur métier ; mais les simulations sont devenues si familières aux médecins militaires que ces sujets ont peu à en profiter : il est d'ailleurs difficile, sinon impossible, d'arriver à simuler une maladie assez sérieuse pour entraîner l'exemption du service militaire. Plus souvent il s'agit de prisonniers, et surtout de sujets misérables, qui simulent une dermatose pour obtenir leur entrée à l'hôpital. Mais les faits de simulation les plus intéressants sont ceux que l'on observe chez des hystériques : une véritable aberration de l'esprit porte certaines de ces malheureuses femmes à simuler des maladies pour le singulier plaisir de faire naître des inquiétudes dans leur entourage ou de duper le médecin ; quelques-unes, dans le seul but de se soustraire à quelque obligation peu agréable.

Les simulateurs ont recours à des agents très variés pour provoquer des lésions cutanées : des traumatismes très divers, surtout lorsqu'ils sont suivis d'irritations de la plaie, des contusions, des morsures peuvent produire l'apparence de lésions diverses ; les corps irritants les plus variés ont été mis en œuvre pour amener des lésions variant de la simple rougeur érythémateuse à la destruction des tissus : les vésicants (cantharides, emplâtre cantharidien, ammoniac et ses diverses préparations, renoncule âcre, clématite, farine de moutarde), les caustiques chimiques alcalins ou acides, les corps chauds, une série de substances qui déterminent la formation de papules (pommades alcalines, bains alcalins, ipéca), d'autres qui donnent lieu à la production de vésicules (térébenthine, composés sulfureux, emplâtres de poix de Bourgogne, de ciguë, d'opium, pommade hydrargyrique, huile de croton), ou des pustules (pommade stibiée, composés arsenicaux, huile de cade) ont été employés par des sujets qui souvent, pour en modifier l'aspect et en dénaturer les

apparences, soumettent les lésions produites à des irritations diversés et à des grattages répétés.

De la multiplicité des agents qui peuvent être employés à les produire, il résulte que les éruptions simulées peuvent prendre des apparences multiples : la diversité des lésions qui se trouvent réunies sur un petit espace, par suite de l'inégalité d'action du corps irritant suivant les différents points de son application ; l'irrégularité de leur marche suivant que le simulateur cesse ou reprend les contacts irritants leur donnent un aspect notablement différent de celui des éruptions spontanées. En outre, le simulateur accuse parfois des sensations douloureuses évidemment exagérées, ou bien les troubles de la santé générale qui accompagnent d'ordinaire l'éruption spontanée de forme identique font défaut. Le siège des lésions fournit quelquefois des indications précieuses ; elles se rencontrent dans tous les points du corps accessibles et manquent dans ceux que la main ne peut atteindre (face postérieure du tronc ou des membres) ; elles siègent plus souvent à gauche qu'à droite, la main droite étant plus naturellement employée pour l'application de l'agent irritant ; elles occupent la face ou le cou lorsque le simulateur a quelque intérêt à ce qu'elles soient visibles pour tous. Le malade met peu d'empressement à se soigner, exécute mal les prescriptions ; les poussées nouvelles surviennent au moment même où le malade serait exposé à perdre le bénéfice de sa fraude ; s'il est à l'hôpital, l'aggravation coïncide avec le jour désigné pour la sortie. Quelquefois la révélation de la nature de la maladie est fournie par certains indices : un point noir et brillant, parcelle d'emplâtre cantharidien, une tache jaune d'acide nitrique, l'odeur de térébenthine dans les urines, une traînée inflammatoire dans le sens de la déclivité, trace d'un acide caustique qui a coulé sur la peau. Malgré ces éléments, le diagnostic est souvent très embarrassant : il faut une surveillance rigoureuse, des interrogatoires habiles, des visites inopinées pour déjouer la supercherie ; parfois, en prescrivant des médicaments inoffensifs et parfaitement inefficaces mais que l'on accompagne de recommandations minutieuses, on voit le simulateur effrayé se trouver très rapidement amélioré. Il sera bon, pour acquérir la preuve de la simulation et obtenir la guérison de la lésion cutanée, d'appliquer un bandage que le malade ne puisse enlever sans qu'on s'en aperçoive.

Parmi les éruptions simulées, il en est qui ne rappellent aucune forme de lésion spontanée connue et alors le diagnostic de simulation est facile ; il ne reste plus qu'à rechercher l'agent producteur et le mobile de la simulation. Mais d'autres fois, il s'agit des éléments habituels d'une lésion spontanée connue, que le simulateur a même pu faire naître en son lieu d'élection, et alors le diagnostic peut être très embarrassant.

Les maladies des régions pileuses et du cuir chevelu ne sont guère

simulées, du moins actuellement, d'une façon qui puisse prêter à la confusion, et les duperies sont facilement découvertes par l'examen microscopique lorsqu'il s'agit de lésions ressemblant au favus; la contagion volontaire de la teigne ne peut être considérée comme une simulation, et d'ailleurs la teigne a alors identiquement les mêmes caractères que quand elle survient accidentellement. Les éruptions vésiculeuses et pustuleuses, principalement l'eczéma et l'impétigo, peuvent être plus facilement simulées à l'aide d'une foule d'agents variés; le pemphigus est imité à l'aide des cantharides ou des autres vésicants; l'érythème et l'érysipèle simulés se caractérisent par l'absence des phénomènes fébriles. Les ulcères sont les lésions le plus souvent provoquées; plus rarement des simulateurs audacieux n'hésitent pas à provoquer des abcès ou des phlegmons. Des cicatrices semblables à celles de la scrofule peuvent être produites par les brûlures au moyen des acides; une hystérique avait simulé un lupus de la face. Les soldats imitent parfois le chancre induré au moyen de brûlures circonscrites, mais alors l'induration est moins limitée que dans le chancre, la pression est douloureuse et l'adénopathie généralement unique et douloureuse. Enfin la chromhidrose a été si souvent simulée que nombre de médecins en sont arrivés à douter qu'elle puisse jamais exister réellement en dehors de la simulation.

II. — Des éruptions de formes extrêmement variables peuvent s'observer au cours des suppurations, et c'est cette diversité dans la forme, la durée et les caractères qui en constitue le signe le plus caractéristique. La forme la plus fréquente est l'érythème, et cet érythème est essentiellement polymorphe : rougeur érythémateuse diffuse, ou plaques rouges isolées, érythème papuleux, érythème iris, érythème ortié. Ces érythèmes ont une durée assez courte. D'autres fois, on observe des éruptions scarlatiniformes, qui ont souvent été considérées comme des scarlatines mais doivent en être distinguées : elles débutent le plus souvent à la suite d'un frisson, apparaissent d'abord loin de la région traumatisée; l'angine est rare ou peu marquée, l'éruption forme de larges taches qui se rejoignent rapidement, d'un rose plus ou moins vif, disparaissant par la pression; elle pâlit en général le deuxième jour, et en trois ou quatre jours au plus elle a disparu sans laisser de traces; la desquamation fait le plus souvent défaut. L'urticaire fugace et peu prurigineuse, le purpura parfois généralisé mais le plus souvent localisé aux membres inférieurs, des éruptions de miliaire plus ou moins confluentes peuvent encore s'observer. Plus souvent on constate des éruptions pustuleuses, lesquelles se montrent ordinairement dans l'infection purulente et lorsque l'état général est des plus graves.

Le pronostic de ces éruptions est variable : très grave pour les pus-

tules et les bulles qui accompagnent ordinairement la pyohémie, il l'est moins pour les diverses variétés d'érythème qui se rencontrent dans la septicémie.

Ces éruptions sont l'indice de l'intoxication du sang, soit par les microbes de la suppuration soit par les alcaloïdes qu'ils produisent.

III. — Cette thèse, faite sous l'inspiration de M. Vidal et à propos d'un malade dont l'observation a fait le sujet d'une leçon de ce maître (*Semaine médicale* 1887), est un exposé très complet et très consciencieux de l'état actuel de la question. Résumant les recherches récentes de Boinet, de Depéret, de Duclaux et Heydenreich, de Riehl sur le parasite du clou de Gafsa, de Biskra ou d'Alep, l'auteur critique chacun de ces travaux et arrive à cette conclusion que le clou de Biskra est une affection parasitaire, et que le parasite est celui décrit par Boinet et Depéret. Il insiste sur les voies d'entrée du parasite, qui peut s'introduire dans l'organisme par une lésion cutanée quelconque : écorchure, piquûre, pustule vaccinale, etc., et, après Laveran, montre qu'une première atteinte de la maladie ne met pas à l'abri des récides. La description des lésions est particulièrement soignée, ainsi que le diagnostic différentiel.

Trois observations inédites terminent ce travail dont nous recommandons vivement la lecture à tous ceux qui veulent se mettre au courant de ce qui concerne cette dermatose.

IV. — Trois observations inédites forment le point de départ de cette thèse, dans laquelle l'auteur décrit les ulcérations tuberculeuses proprement dites (tuberculose cutanée tertiaire de M. E. Besnier). Ces ulcérations siègent surtout au voisinage des orifices naturels : le relevé de observations connues donne 13 ulcérations périanales, 9 ulcérations des lèvres, 1 ulcération vulvaire, 3 ulcérations des membres, 2 ulcérations de la tête. Ces ulcérations, dont les caractères cliniques sont bien connus depuis la thèse d'agrégation de M. Spillmann, la thèse de doctorat de Primet (1880), que nous avons regretté de ne pas voir citée par M. Ritzo, et les travaux de Jarisch, Chiari et Riehl, doivent être distinguées du lupus ulcéreux, des ulcérations consécutives à la fonte des gommès scrofulo-tuberculeuses et des adénites tuberculeuses, des ulcérations syphilitiques, du chancre mou, des ulcérations du cancer cutané et enfin des ulcères simples de la peau. Le pronostic en est sérieux, car il s'agit presque toujours de lésions survenues chez des phtisiques très avancés.

V. — Cette thèse est une revue des divers traitements du lupus vulgaire ;

elle ne renferme absolument aucun point nouveau et laisse de côté une foule de questions théoriques et pratiques de la plus haute importance pour le sujet qu'elle traite.

VI. — Étudiant d'abord les voies et le mode d'introduction de l'iode dans l'organisme, l'auteur arrive à cette conclusion que l'iode en nature est absorbé par la peau, les muqueuses et les séreuses, puis il est transporté par le courant sanguin et éliminé par toutes les glandes; les diverses préparations d'iode ne sont pas absorbées par la peau, les muqueuses et les séreuses intactes avant d'avoir subi une décomposition par laquelle l'iode est mis en liberté.

Dans certaines conditions de déchéance vitale, et en particulier dans les cas d'affections cardiaques ou rénales, ou d'irritabilité nerveuse morbide, les phénomènes physiologiques déterminés par l'iode s'exagèrent et il se produit des signes d'intoxication. Ces signes d'intoxication peuvent succéder à une médication de longue durée ou se montrer dès le début du traitement; dans les deux cas, ils peuvent éclater brusquement ou se développer graduellement.

Parmi les phénomènes d'intoxication, le plus constant est l'accélération du pouls qui, en outre, devient faible, dépressible, fuyant sous le doigt, et qui disparaît même dans les cas graves; la température ne présente pas d'élévation parallèle à l'accélération du pouls, elle peut rester normale ou même descendre au dessous de la normale; ce manque de parallélisme entre le pouls et la température est dû à une condition morbide des centres nerveux. Les troubles circulatoires sont encore la cause d'œdèmes qui peuvent se borner aux paupières, dans les cas légers, ou s'étendre à tout le corps, à la glotte, aux poumons, au cerveau, dans les cas graves. Le sang est altéré dans sa composition et les conditions de l'hématose ne sont plus normales.

Les désordres circulatoires sont suivis de modifications dans la quantité et dans la composition de l'urine. Il y a souvent albuminurie, néphrite et même hématurie; ces phénomènes succèdent à une diminution de la quantité d'urine, ou même à l'anurie.

Les symptômes nerveux sont ceux qui appartiennent en commun à l'anémie et à la congestion cérébrales, et revêtent tantôt la forme de l'urémie convulsive et comateuse, tantôt la forme de l'hypochondrie ou de la paralysie générale.

Du côté de l'appareil respiratoire, il peut se produire ou bien des lésions et des troubles circulatoires tels que des bronchites, de l'œdème pulmonaire, des crachats sanguinolents, des hémoptysies, etc., ou bien des troubles fonctionnels comme de la dyspnée, une respiration irrégulière, de l'apnée.

Les troubles digestifs se traduisent par l'anorexie ou la boulimie, des nausées, des vomissements, des douleurs stomacales et intestinales, de la diarrhée ou de la constipation.

Les articulations peuvent devenir douloureuses et se tuméfier.

Les éruptions produites par les préparations iodées (iodure de potassium, iodoforme, iodure de fer) prises à l'intérieur présentent des formes très variables : l'érythème siège surtout sur les avant-bras, mais peut occuper aussi d'autres régions, telles que les cuisses ; l'urticaire, les éruptions papuleuses ou pustuleuses (acné), des nodules sous-cutanés analogues à l'érythème noueux ; l'eczéma, des éruptions bulleuses et purpuriques sont les différentes formes des dermatoses iodiques.

Un index bibliographique très étendu termine cette thèse pour laquelle l'auteur n'a pas utilisé moins de 126 observations. C'est donc un labeur considérable que représente ce travail qui sera consulté avec le plus grand profit ; malheureusement l'auteur, en accumulant les citations et en cherchant à appuyer chaque fait du nom de l'observateur qui l'a signalé, a nui à la clarté de son exposition et a rendu, en plus d'un endroit, sa démonstration un peu difficile à suivre.

VII. — L'auteur décrit successivement les formes multiples de dermatoses que l'on peut observer chez les urémiques. Il signale la fréquence du prurit et du prurigo chez les artério-scléreux avec lésions rénales interstitielles, considère comme rare l'urticaire ; rappelant l'érythème papuleux urémique de Huet et de Bruzelius, M. Persy rapporte une observation d'érythème papuleux généralisé dans le cours d'une fièvre typhoïde à forme rénale ; il signale ensuite l'ecthyma, les furoncles, le purpura dont il a pu observer un exemple dans le cours d'une néphrite interstitielle. Les éruptions bulleuses n'avaient pas encore été décrites chez les brightiques ; M. Persy en cite un cas observé dans le service de M. Lancereaux, chez une femme âgée atteinte d'urémie comateuse ; l'éruption consistait en bulles du volume d'un gros pois, remplies d'un liquide clair, limpide, entourées d'une zone érythémateuse assez étroite et disséminées sans ordre sur les fesses et autour des coudes ; un autre malade présentait, à deux reprises différentes et chaque fois pendant une grande crise d'urémie convulsive et comateuse, quelques larges bulles irrégulièrement disséminées sur les membres inférieurs. A cause de cette coïncidence de l'éruption pemphigoïde avec des accidents nerveux graves, coïncidence qui n'est pas observée pour les autres formes de dermatoses liées à l'urémie, M. Persy attribue cette éruption pemphigoïde à une altération nerveuse et la rapproche des cas d'éruptions pemphigoïdes observées chez les hystériques, les paralytiques généraux et à la suite de

lésions des nerfs périphériques. Quant aux autres éruptions signalées dans l'urémie, elles reconnaissent pour cause, les unes l'urémie elle-même, c'est-à-dire l'insuffisance de la dépuración urinaire et l'altération de la peau et des nerfs cutanés par les matériaux non éliminés de l'urine; d'autres (purpura), l'hydrémie et l'hypo-albuminose, qui sont la conséquence des lésions rénales et dont l'action est favorisée par les altérations de la paroi des petits vaisseaux; d'autres encore (ecthyma, furoncles) sont dues à ce que, chez les albuminuriques urémiques, la résistance des tissus est réduite à son minimum et ne leur permet plus de s'opposer au développement des micro-organismes introduits par les moindres solutions de continuité de la peau. Enfin, parmi les observations d'éruptions accompagnant l'urémie, il en est qui ne sont que des coïncidences morbides, et il en est aussi qui sont dues à l'ingestion de certains médicaments.

VIII. — L'auteur décrit deux variétés d'œdème rhumatismal isolé des manifestations articulaires. Dans la première, on voit apparaître, à la suite de douleurs intenses et survenues rapidement dans les points qui vont être le siège de suffusions séreuses, un gonflement plus ou moins étendu, accompagné de rougeur de la peau et d'élévation de la température locale : c'est l'œdème pseudo-phlegmoneux décrit par MM. Guyon et Kirrnisson. La deuxième variété se traduit par un œdème pâle, indolent, rappelant l'hydropisie des néphrites, mais distincte de celle-ci par l'absence d'albumine dans l'urine. Il est tantôt partiel, tantôt généralisé : c'est l'œdème essentiel. Ces œdèmes, par leurs caractères particuliers et par leur alternance avec des arthropathies ou autres manifestations rhumatismales, relèvent bien de la diathèse arthritique. Leur production s'explique assez bien par des troubles plus ou moins violents du système vaso-moteur. L'une des observations d'œdème pseudo-phlegmoneux rapportées dans cette thèse a trait à un malade du service de M. Duguet, chez lequel un des premiers phénomènes fut un œdème de la glotte et qui vit se produire, dans l'espace de trois semaines quatorze poussées d'œdème du tronc, des membres, de la face, du pénis ou du scrotum accompagnées d'éruptions diverses (érythème simple ou annulaire ou papuleux, purpura). Dans un autre cas d'œdème essentiel, des éruptions purpuriques accompagnèrent des poussées multiples d'œdème. Ces observations doivent être rapprochées de celles publiées dans ces derniers temps par M. Binet et par M. Cénas, et analysées dans les *Annales de Dermatologie* (1887, pages 37 et 409).

IX. — L'auteur a pu observer en Roumanie de nombreux cas de pellagre. Cette affection s'observe dans toute l'étendue de la Roumanie, à

l'exception d'un petit nombre de localités, mais présente des variations croissantes et décroissantes en rapport avec les années défavorables ou favorables au développement complet du maïs. C'est, en effet, à l'usage du maïs mal mûri, mal conservé et cultivé dans des champs fatigués que l'auteur attribue la production de la pellagre. En outre, la pellagre se transmet par l'hérédité; les habitudes alcooliques favorisent son développement et c'est là, avec les fatigues incessantes auxquelles elle est condamnée, la raison pour laquelle la femme en Roumanie est plus souvent atteinte de pellagre que l'homme; la misère a également une grande influence sur sa production. La description de la pellagre donnée par l'auteur d'après les cas qu'il a pu observer en Roumanie ne diffère pas de celles qu'en ont faites les médecins des autres pays.

X. — Ainsi que l'indique son titre, cette thèse n'est guère que la relation d'un fait de myxœdème, précédée d'un exposé rapide des symptômes de l'affection et suivie de quelques réflexions. Nous relèverons seulement dans cette observation quelques points particuliers : elle concerne un homme, et l'on sait que le myxœdème est beaucoup moins fréquent chez l'homme que chez la femme; cet homme était originaire d'une région du Finistère dans laquelle M. Morvan a signalé la fréquence du myxœdème; il avait contracté la fièvre intermittente à la Martinique; on constata chez lui, outre les symptômes habituels du myxœdème, mais avec des déformations peu marquées de la face et des extrémités des membres, une atrophie très considérable de la papille de l'œil droit et de l'œdème péripapillaire à gauche, et une dysécée très marquée du côté droit, survenue graduellement, sans phénomènes douloureux bien nets.

XI. — L'absence des troubles trophiques de la peau dans la paralysie infantile a été considérée comme constante et comme un caractère propre à cette maladie. On n'observe, en effet, pas de plaques gangréneuses à sa période initiale, contrairement à ce qui se voit dans les autres formes de myélite; mais, à une période plus avancée, alors que les atrophies et les dégénérescences se produisent, on peut voir, dans des cas rares, apparaître des troubles trophiques de la peau. Les vaisseaux et les nerfs de la peau sont alors altérés dans leur structure, sa température est abaissée, sa vitalité moindre et sa résistance aux traumatismes et aux influences extérieures est certainement diminuée : néanmoins ces conditions ne sont pas suffisantes pour produire des troubles trophiques, ou pour faciliter leur production à la suite de traumatismes légers, et il est très probable que, lorsque ces troubles trophiques existent, les lésions médullaires dépassent les cornes antérieures pour envahir les cornes postérieures.

Ces troubles trophiques consistent en engelures qui, quelquefois, sont limitées au territoire de certains nerfs, en épaissements de la peau, en durillons, en éruptions vésiculeuses, en ulcérations développées sous l'influence de causes minimales, généralement assez étendues, indolores, et ne guérissant pas facilement, parfois en escars dont les dimensions en largeur et en profondeur ne sont pas en rapport avec le peu d'intensité des causes qui les ont produites, qui s'éliminent lentement et laissent après elles des plaies d'une cicatrisation difficile. En raison de la possibilité de ces troubles trophiques, on devra surveiller activement les appareils appliqués sur des membres atteints de paralysie infantile.

XII. — L'herpès oculaire, quelle que soit sa cause, peut occuper la paupière, la conjonctive oculo-palpébrale et la cornée. Il peut être constitutionnel, traumatique, lié au zona, ou enfin fébrile. La variété la plus fréquente est l'herpès fébrile. L'auteur en relate plusieurs cas observés à la clinique de M. Galezowski. Cet herpès oculaire peut être la seule manifestation de l'état fébrile qui le précède ou l'accompagne, ou bien il n'est qu'un simple épiphénomène de troubles plus importants de l'organisme; il est dû assez souvent à une infection palustre ancienne ou récente; il est quelquefois manifestement influencé par des troubles menstruels; il présente de très fréquentes récidives.

L'herpès cornéen se complique souvent d'ulcère rongeur de la cornée, ou d'abcès d'abord superficiels, puis plus profonds qui peuvent devenir le point de départ d'iritis ou de hernies de l'iris.

XIII. — L'auteur rapporte 4 observations recueillies dans le service de M. Porak, dont il expose la pratique. Il recommande de commencer le traitement des végétations par des cautérisations avec une solution de nitrate d'argent d'abord au 1/50^{me}, puis au 1/25^{me}; ces solutions ne constituent pas en général des caustiques assez forts pour détruire les végétations; mais elles empêchent leur développement ultérieur et diminuent notablement la sécrétion. Au moment de l'accouchement et pendant les couches, il est bon de faire des lavages avec une solution de nitrate d'argent au 1/100^{me}. Si l'emploi du nitrate d'argent n'est pas suivi de douleurs ni de contractions utérines qui fassent prévoir que l'on ait affaire à une femme dont l'utérus soit particulièrement irritable, on peut employer des caustiques plus énergiques ou même l'instrument tranchant. L'acide chromique et le nitrate acide de mercure sont les caustiques auxquels M. Porak donne la préférence.

XIV. — L'auteur conclut des observations qu'il rapporte que la pelade

est due, suivant les cas, à deux causes bien différentes et peut-être d'origine parasitaire ou d'origine nerveuse. Dans l'état actuel de la science, ni la clinique, ni l'anatomie pathologique ne permettent de différencier ces deux variétés, sauf peut-être certains cas de pelade décalvante généralisée et à marche rapide qui semblent indiquer une trophonévrose; il faut donc dans tous les cas se comporter comme si la pelade était d'origine nerveuse et prendre des mesures en conséquence. Au point de vue thérapeutique, on peut s'adresser aux agents parasitocides, qui ont donné des succès; mais les topiques stimulants, et en particulier les vésicatoires volants, fréquemment renouvelés sur les plaques de pelade, paraissent donner les meilleurs résultats.

XV. — Cette thèse, faite dans le service de M. Vidal, conclut également à l'existence de deux sortes de pelade parfaitement distinctes : une pelade trophonévrotique non contagieuse et une pelade de nature parasitaire. Le diagnostic certain de la nature contagieuse d'une pelade est impossible actuellement, quoique la pelade d'origine nerveuse semble revêtir le plus souvent la forme décalvante, tandis que celle d'origine parasitaire est ordinairement achromateuse. Au point de vue du traitement, l'auteur recommande les stimulants, les irritants, et en particulier le vésicatoire liquide de M. Vidal.

XVI. — L'auteur, ajoutant aux observations déjà publiées et suffisamment démonstratives, dix observations inédites, arrive à un total de 63 cas de cancroïdes traités uniquement par le chlorate de potasse, sur lesquels il a été obtenu 32 guérisons, 15 améliorations et 16 insuccès. Les cancroïdes qui guérissent le plus facilement par ce traitement sont ceux de la peau et en particulier de la face; contre les cancroïdes des muqueuses, ce traitement est généralement inefficace; cependant il a réussi dans deux cas d'épithéliomas des lèvres et dans un cas d'épithélioma de l'orifice du nez. C'est contre les cancroïdes à marche lente et qui commencent à s'ulcérer que ce traitement a donné les meilleurs résultats. Si le cancroïde offre de grandes dimensions, s'il bourgeonne d'une façon exubérante, ou s'il affecte la forme serpigineuse, ou s'il a détruit par ulcération les tissus sous-jacents, on n'obtient qu'une amélioration passagère ou même l'insuccès est complet. L'administration du chlorate de potasse à l'intérieur paraît être sans effet ou tout au moins d'un effet très contestable. Le médicament doit être appliqué directement sur la plaie débarrassée de croûtes, en solution sursaturée à 6 0/0 environ et appliquée légèrement chaude, ou bien en poudre fine. Le pansement est renouvelé une ou plusieurs fois par jour. La solution, sans amener de modification immédiate, paraît surtout agir par son action cicatri-

sante. Le sel en poudre produit de plus une légère cautérisation qui mortifie les couches les plus superficielles et entraîne la chute successive de petites escarres qui est suivie de la cicatrisation. La marche de la guérison est quelquefois régulièrement progressive, mais il y a souvent des temps d'arrêt, et quelquefois des récidives partielles qui retardent, sans toujours l'empêcher, la cicatrisation définitive. Celle-ci s'obtient généralement après plusieurs semaines et même plusieurs mois de traitement.

XVII. — Cette thèse, qui ne renferme aucune observation inédite, est un exposé consciencieusement fait des cas connus de myomes cutanés et sous-cutanés. La description de ces lésions est empruntée surtout aux travaux de M. Ernest Besnier, aux observations de MM. Arnezan et Vaillard, Brigidi et Marcacci. L'auteur divise les myomes de la peau en myomes généralisés et myomes localisés. Quant aux myomes du tissu cellulaire sous-cutané, ils constituent une variété de tubercules sous-cutanés douloureux dont l'existence a surtout été démontrée par M. Heurtaux, de Nantes.

GEORGES THIBERGE.

ERRATUM. — Page 569 du précédent numéro, lisez *transmission*, au lieu de *transmissibilité*.

Le Gerant : G. MASSON.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRES.

I

LÉON BASSEREAU

(1810-1887)

Léon Bassereau vient de mourir à Paris, à l'âge de 77 ans. Son rôle et son intervention décisive dans la discussion des unicistes et des dualistes font époque dans l'histoire de la syphiligraphie. Érudit autant que judicieux observateur, il connaissait d'une manière approfondie les syphiligraphes des XVI^e et XVII^e siècles, et son principal ouvrage contient, avec des faits et des remarques qui n'ont rien perdu de leur intérêt, des documents historiques précieux. Les *Annales* doivent un dernier hommage à sa mémoire.

Il était né à Anduze (Gard), le 13 novembre 1810, et descendait des Bassereau de Terrefort, famille noble de l'Anjou. Son grand-père avait été notaire à Lyon ; son père était dans l'administration des finances. Après quelques années passées dans une pension ecclésiastique à Trévoux, puis au collège de Lyon, le jeune Bassereau vint terminer ses études à Paris, en 1829. Le grade de bachelier conquis, il fréquenta d'abord l'École de droit, sa famille le destinant au notariat. Mais le droit ne convenait sans doute pas à son esprit, car, au bout d'une année, il l'abandonna pour la médecine, qu'il se mit à étudier avec la plus grande ardeur. Mais à ses heures de loisir, il cultivait les arts et la littérature. Cousin de M^{me} Récamier, il eut le bonheur de pouvoir fréquenter le salon de l'Abbaye-aux-Bois, où se rencontraient tous les personnages célèbres de l'époque. Souvent même, devant l'heure des grandes réceptions, il venait lire à son illustre parente les ouvrages qui venaient de paraître.

Reçu interne des hôpitaux de Paris en 1835, la même année que Noël Gueneau de Mussy et Gosselin, qui restèrent ses amis, Bassereau obtint le titre de docteur en 1840, avec une thèse intéressante sur les

névralgies intercostales. Mais déjà ses études s'étaient concentrées sur les maladies vénériennes. Interne de Bielt et de Ricord, il sut profiter des enseignements de ses maîtres et des documents qu'il avait recueillis dans leurs services pour préparer son *Traité des affections de la peau, symptomatiques de la syphilis*.

Ce livre, paru en 1852 et couronné par l'Académie des sciences en 1854, mit fin à la confusion qui régnait en vénéorologie depuis les premières années du XVI^e siècle. Si déjà la blennorrhagie était nettement séparée de la syphilis par un grand nombre de médecins, le chancre simple et le chancre syphilitique étaient, depuis Georges Vella, réunis dans une même description et considérés comme identiques quant à leur nature. Bassereau, dépouillant un grand nombre d'observations, rechercha les causes qui, dans un certain nombre de cas seulement, « déterminaient la généralisation des symptômes syphilitiques ». Il arriva à cette première conclusion que l'induration est si fréquente dans les chancres suivis de syphilides, qu'il était impossible de ne pas admettre une étroite liaison entre cette induration et l'éruption consécutive.

Cette conclusion était conforme aux observations très précises des premiers syphiligraphes, en particulier d'Alexandre Benedetti et de Jean de Vigo, qui avaient signalé l'aspect livide et la base indurée et calleuse des ulcères précurseurs des éruptions générales de la syphilis. Mais il restait à découvrir, avec la cause première de l'induration des chancres, la cause véritable de l'infection. Dans ce but, Bassereau examina s'il existait des rapports de forme entre les symptômes présentés, soit par les sujets malades, soit par ceux qui les avaient contagionnés, et ces *confrontations* réitérées d'individus infectés les uns par les autres, le conduisit à formuler cette loi : « Toutes les fois qu'un individu est atteint d'un chancre, puis des symptômes de la syphilis constitutionnelle, cette généralisation des phénomènes syphilitiques, tient, avant toute autre cause, à ce que le sujet par lequel le malade a été infecté, était lui-même atteint d'un chancre qui a dû, obligatoirement, être suivi d'accidents constitutionnels. » De cette découverte résultait la nécessité d'admettre deux espèces de chancres, l'un infectant, l'autre restant local, chancres constituant par conséquent deux affections distinctes.

Bassereau est donc l'auteur de la dualité, doctrine qui fut définitivement admise en France, quand Rollet eut expliqué, par la théorie du chancre mixte, les cas qui paraissaient en opposition avec cette doctrine.

On doit encore à Bassereau un *Mémoire sur l'influence de l'iodure de potassium dans les affections syphilitiques*, publié en 1845, mémoire qui lui valut une médaille d'argent de la Société de Médecine de Paris.

Modeste autant qu'érudit, Bassereau ne crut pas devoir rechercher les titres et les honneurs auxquels ses travaux lui donnaient droit. Les maladies vénériennes restèrent pour lui un sujet d'études de prédilection ; mais il pratiqua la médecine générale sans se faire une spécialité du traitement de ces maladies. Il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur en 1861.

En 1841, il avait épousé la fille du docteur Rousset, du Cher, médecin des hôpitaux de Paris, dont il eut cinq enfants. Il eut le malheur de perdre, en 1874, son fils aîné, le Dr Edmond Bassereau. Ce coup ébranla sa santé, qui dès lors déclina progressivement. Dans les dernières années, il vivait retiré, ne voyant plus que sa famille et quelques amis ; son goût très vif pour les arts, et une belle collection de peintures anciennes qu'il avait pu réunir, charmaient ses loisirs. Il passait une partie de l'année à Paris et l'autre partie dans sa campagne de Sceaux. C'est à Paris qu'il est mort le 1^{er} novembre 1887.

P. MERKLEN.

II

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉRYTHÈME POLYMORPHE,

Par M. le Dr **HAUSHALTER**,

Chef de clinique médicale à la Faculté de Nancy.

Il existe une série de dermatoses dont les diverses formes dérivent d'un même processus anatomique, l'hyperémie, qui peut aboutir à la tuméfaction séreuse et à la vésiculation; cliniquement, les différents degrés de ce même processus sont l'érythème, la papule, la nodosité, la vésicule, la bulle.

Comme les modes de réaction de la peau aux différents irritants morbides sont, en somme, assez peu variés, il est probable, *à priori*, que ces différentes modifications anatomiques si simples peuvent avoir des causes pathogéniques multiples: et, en effet, la clinique nous les montre tour à tour, dans le cours de certains états nerveux spéciaux, tels que la période menstruelle, ou dans des affections du système nerveux, après l'ingestion de quelques médicaments, tels que le sulfate de quinine, l'iode de potassium; elle nous les montre encore comme expressions cutanées de la plupart des maladies infectieuses microbiennes, comme la syphilis, le choléra, le rhumatisme articulaire aigu: ces faits ressortent bien d'un essai de classification pathogénique des érythèmes polymorphes donné par Jacquet (1).

Mais il existe une classe nombreuse d'érythèmes qui ne coïncident pas avec des troubles ou des lésions du système nerveux central ou périphérique, et qui ne sont pas le résultat d'une intoxication, ou la localisation d'une maladie infectieuse connue. — Ces érythèmes sont précédés de prodromes, ils s'accompagnent de symptômes généraux, et une convalescence souvent assez longue suit la maladie: Hebra les avait classés parmi les dermatoses exsudatives aiguës non contagieuses.

La pathogénie de ces érythèmes est assez obscure: autrefois Bazin en faisait une manifestation de la diathèse arthritique, et il les rangeait parmi les arthritides; mais, outre que ces érythèmes peuvent apparaître chez des individus qui n'ont jamais présenté les signes de la diathèse, il est évident que les douleurs articulaires qui existent pendant leur évolution, peuvent se montrer également dans le cours d'autres maladies qui

(1) Des érythèmes polymorphes, JACQUET (*Gazette des hôpitaux*, 8 octobre 1887).

n'ont rien à démêler avec l'arthritisme, telles que la scarlatine, la fièvre puerpérale, les septicémies.

Rayer (1) considérait l'érythème polymorphe comme une fièvre rhumatismale à manifestation cutanée, ce qui, traduit d'après les idées actuellement en vogue, revient à se demander si le rhumatisme articulaire aigu et l'érythème polymorphe relèvent d'un même agent infectieux ; la question n'est pas près d'être résolue, le microbe de la polyarthrite aiguë, décrit par Klebs, n'ayant pas encore pris rang parmi les microbes pathogènes incontestés.

Aussi, sans parler des manifestations cutanées variées qui peuvent se montrer dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, sans parler de ces nodosités cutanées éphémères qui s'observent chez les rhumatisants, dirons-nous avec Trousseau, Hardy, G. Sée, de Molènes-Mahon (2), que l'érythème polymorphe n'est pas une manifestation de la diathèse arthritique, sans nier, toutefois, qu'il n'ait le droit de se développer chez un arthritique.

Lewin, de Berlin (3), donne de l'érythème polymorphe une explication ingénieuse, qui, tout en reposant sur la connaissance de certains phénomènes de l'innervation vaso-motrice, n'en est pas moins une simple vue de l'esprit. Il fait rentrer l'érythème polymorphe dans la classe des angionévroses : toutes les causes capables de produire l'atonie vaso-motrice, telles que les excitations mécaniques, chimiques, parasitaires même, peuvent produire des troubles vasculaires ; ainsi, l'agent infectieux de la variole, de la scarlatine, de la syphilis, en agissant sur les centres vaso-moteurs, produirait l'exanthème. Lewin en arrive à cette conclusion que l'érythème polymorphe est peut-être une angionévrose infectieuse. Nous croyons qu'il n'est pas prouvé que les virus agissent ordinairement de cette façon dans la production des dermatoses infectieuses ; dans bien des cas, l'éruption cutanée semble être plutôt en rapport avec la localisation de l'agent virulent dans la peau : telles sont les taches rosées de la fièvre typhoïde, d'où Neuhaus (4) a retiré neuf fois sur quinze le bacille typhique qu'il a pu cultiver.

Bien plus séduisante, selon nous, bien plus conforme à l'observation est la théorie qui fait, de l'érythème multiforme, une pyrexie, une maladie générale dont l'exanthème n'est que la manifestation cutanée, ou mieux encore une fièvre éruptive, ayant, comme toutes les fièvres éruptives, sa période d'incubation et sa période d'éruption, ayant ses manifestations viscérales, telles que la bronchite, l'endocardite, la néphrite.

(1) *Traité des maladies de la peau* (Paris, 1835).

(2) De l'érythème polymorphe (*Thèse Paris*, 1884).

(3) *Berlin. klin. Wochensch.*, 1876, n° 23.

(4) *Berlin. klin. Wochensch.*, n° 6 et 24 (1886).

Cette théorie est celle de Trousseau, de Hardy, de Besnier, de Spillmann, de de Molènes-Mahon; tous ils considèrent, comme variété d'une même fièvre éruptive, l'érythème papuleux, l'érythème iris, l'érythème papulo-vésiculeux, l'érythème bulleux, dans lequel ils tendent à faire rentrer le pemphigus aigu, fièvre bulleuse ou exanthématique bulleuse, qu'Hebra n'admettait pas en dehors de l'érythème multiforme, et dont la bulle n'est que l'exagération du processus anatomique qui produit la papule ou la vésicule; entre la simple papule et l'éruption de grosses bulles, de même qu'entre la varioloïde la plus discrète et la variole la plus confluyente, on peut observer toute une série de formes qui sont la transition entre la manifestation anatomique la plus simple et l'éruption à son summum, entre la forme clinique la plus bénigne et les cas les plus foudroyants. Quant au pemphigus aigu des nouveau-nés, maladie contagieuse, il doit, jusqu'à présent, conserver une place à part: à peine admis par Kaposi, qui prétend n'en avoir jamais observé, il est décrit par Besnier et par Røeser (1). Colrat (2), qui en a vu une petite épidémie chez de jeunes enfants, dit avoir observé, dans le liquide des bulles, des microcoques en 8 de chiffre; il a pu les cultiver sur du bouillon de bœuf salé; le liquide de culture, inoculé sur le dos d'un des enfants, a reproduit une bulle; d'après Colrat, le pemphigus aigu des nouveau-nés doit être distingué du pemphigus aigu de l'adulte; la question, en tout cas, n'est pas résolue.

Quoi qu'il en soit, l'érythème multiforme, exsudatif aigu primitif — et par primitif nous entendons tout érythème qui n'est pas la manifestation d'une infection générale nettement diagnostiquée, telle que choléra, fièvre puerpérale, blennorrhagie — cet érythème polymorphe, disons-nous, a bien les allures d'une maladie générale, et il doit prendre rang dans le cadre des maladies infectieuses. Marquet (3), dans sa thèse sur la nature de l'érythème polymorphe, voudrait le caractériser par le nom de fièvre érythémateuse.

Récemment encore, Villemain (4) apportait, en faveur de la théorie qui range l'érythème exsudatif aigu parmi les maladies virulentes, un argument tiré de l'action antispécifique de l'iode de potassium; après l'administration de ce médicament, il vit, chez 11 jeunes soldats, tous les symptômes de la maladie se modifier simultanément en vingt-quatre heures ou quarante-huit heures; la fièvre s'abaissait, l'érythème pâlis-sait, les douleurs et la tuméfaction articulaires disparaissaient; cet amendement des phénomènes articulaires, sous l'influence de l'iode, nous

(1) *Thèse Paris*, 1876.

(2) *Revue de méd.*, p. 925, 1884.

(3) *Thèse Paris*, 1885.

(4) *Gaz. hebdomadaire*, n° 22 et 23, 1886.

semble une preuve de plus que ces arthrites de l'érythème polymorphe, et l'érythème polymorphe lui-même ne relèvent pas de l'infection rhumatismale, à laquelle on ne reconnaît pas jusqu'ici l'iodure de potassium comme antispécifique.

Considérant l'érythème polymorphe comme une maladie infectieuse dont l'éruption cutanée n'est qu'un syndrome, on devait en arriver naturellement à rechercher dans les lésions de la peau le germe infectieux qui semble devoir s'y localiser, comme il se localise dans tous les exanthèmes des maladies infectieuses, exanthèmes qui sont dus, d'après Brieger, à des embolies parasitaires.

C'est surtout sur la sérosité des vésicules et des bulles, plus facile à examiner, que les recherches se sont portées.

En 1880, notre maître, M. le professeur Spillmann (1), observant un cas de pemphigus aigu, note, dans la sérosité des bulles, « des bâtonnets très courts, analogues à ceux de la fièvre puerpérale » ; il ne leur attribue pas l'origine de la maladie, mais attire l'attention sur l'intérêt qu'aurait, au point de vue parasitaire, l'examen de la sérosité des bulles.

Gibier (2), en 1882, après avoir rappelé que Vidal a observé, dans les bulles du pemphigus aigu, des bactéries, sur la provenance desquelles il n'émet aucune hypothèse, décrit une bactérie qu'il a trouvée dans le liquide des bulles fraîches et dans l'urine ; ces bactéries, douées d'une grande mobilité, sont ordinairement réunies en article de 2 à 20 ; elles ont une largeur de $2\ \mu$ sur 4 à $40\ \mu$ de longueur ; il a pu les reproduire en cultivant le liquide des bulles et l'urine ; leur inoculation aux animaux était sans résultat. Gibier tend à considérer ces microorganismes comme l'agent infectieux du pemphigus aigu.

En 1883, Riehl (3) décrit un champignon trouvé dans les croûtes des bulles desséchées et à l'orifice des bulbes pileux : c'était une gonidie analogue à celle du trichophyton.

En 1884, Colrat (*loc. cit.*) observe un microcoque dans des bulles pendant une petite épidémie de pemphigus aigu chez des enfants ; ce microorganisme, cultivé et inoculé à un des enfants, provoqua la naissance d'une bulle au point inoculé ; notons, cependant, que, jusqu'ici, la plupart des auteurs distinguent le pemphigus aigu des nouveau-nés de la fièvre bulleuse et de l'érythème bulleux.

En 1885, Spillmann (4), relatant un cas curieux de pemphigus aigu

(1) Contribution à l'étude du pemphigus aigu (*Ann. de Derm.*, 1880).

(2) *Ann. de Derm.*, p. 101, 1882.

(3) *Wien. med. Wochens.*, décembre 1883.

(4) Association française pour l'avancement des sciences, congrès de Grenoble, 1885.

qu'il avait observé chez un adulte, décrit des microorganismes qu'il a constatés dans le sang, la sérosité des bulles et l'urine; ce sont, dit-il, « des spores arrondies », mobiles, mesurant environ $1\ \mu$, 3, ordinairement réunies par deux ou trois, de façon à constituer des bâtonnets noueux; ces éléments sont animés d'un mouvement giratoire pour les spores isolées, ondulé lorsqu'elles sont réunies en chaînette; il est à regretter que ces microorganismes n'aient pu être cultivés.

D'un autre côté, Brieger, Leloir, de Molènes-Mahon déclarent n'avoir pas vu de parasites dans les lésions cutanées de l'érythème polymorphe.

Ayant eu l'occasion, durant cette année, d'observer à la clinique de M. le professeur Spillmann quelques cas d'érythème multiforme, nous avons, dans deux cas, essayé de renouveler ces recherches sur l'agent parasitaire de la maladie; nous donnons le résultat de nos recherches avec l'observation des malades au sujet desquels nous les avons pratiquées.

OBSERVATION I. — M... Joseph, 27 ans, garçon boucher, entre, le 20 juin 1887, à la clinique de M. le professeur Spillmann.

Rien à noter du côté des antécédents héréditaires; il s'est toujours bien porté et n'a jamais eu de rhumatisme.

Il y a dix-huit mois, il a eu un chancre induré; il a eu depuis de l'angine sypilitique, et du psoriasis plantaire; il a du reste suivi depuis un traitement assez régulier.

Dans les premiers jours de juin, il commença à ressentir un malaise général, de la céphalalgie, des douleurs lombaires, de la faiblesse dans les jambes, mais sans douleurs articulaires. Le 11 juin, se développe brusquement une éruption papuleuse qui, dès le début, présentait la même disposition qu'à son entrée; depuis, il est alité, il a des vertiges, une grande soif, des vomissements.

État actuel, 21 juin. — Le malade est un homme vigoureux, bien constitué; l'intelligence est nette. T. = 39° . P. = 80.

Anorexie, langue blanche, constipation depuis trois jours, pas de météorisme, pas de douleurs abdominales, ni de tuméfaction de la rate.

Le malade présente sur tout le corps, mais principalement à la face antérieure des jambes, sur les avant-bras, sur les parois latérales et postérieures du tronc, et enfin au front, une série de papules assez régulièrement arrondies, variant, comme dimensions, depuis la taille d'une lentille, jusqu'à celle d'une pièce de 50 centime ou de 2 francs; quelques-unes de ces papules sont confluentes surtout aux avant-bras et dans le dos. Elles présentent une coloration rouge sombre. A la surface de la plupart d'entre elles, se trouvent de petits soulèvements de l'épiderme sous forme de vésicules très aplaties au nombre de une à trois par papule; en quelques points, ces vésicules sont remplacées par une croûte rougeâtre ou des squames. Un certain nombre de papules n'offrent pas trace de vésiculation.

Ces papules s'effacent à la pression du doigt et sont un peu douloureuses.

La face antérieure du tronc et de l'abdomen ne contiennent pas de papules, la face postérieure des cuisses et les bras en présentent très peu.

Sur le gland, tout au pourtour du méat, on voit une rougeur papuleuse diffuse avec quelques érosions superficielles.

Le malade tousse ; l'expectoration est un peu visqueuse : à l'auscultation on entend des râles muqueux et sibilants disséminés.

À l'auscultation du cœur, on constate que le premier bruit est râpeux surtout dans la région moyenne, entre le mamelon et le sternum.

On prescrit des stimulants et de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes qui sera continué jusqu'à la fin de la maladie.

22 juin. — T.s. = 40°, 2 ; T.m. = 40°, 4. P. = 90.

Même état de l'éruption. Prostration ; les urines (quantité = 700 cc.) ne contiennent pas d'albumine.

Souffle présystolique et systolique, à la pointe ; l'expectoration est toujours visqueuse ; aux deux bases, la sonorité est obscure ; on entend à l'auscultation des râles sous-crépitaux disséminés.

23 juin. — T.s. = 40°, 4. T.m. = 40°, 5.

Prostration ; même état général, même état de l'éruption ; pas de diarrhée.

En raison de la fièvre, on prescrit 0 gr, 75 d'antifébrile.

24 juin. — T.s. 39°, 6. T.m. = 39°, 8. P. = 80.

La coloration rouge vif des papules a diminué ; en outre, elles sont flétries, affaissées pour la plupart ; quelques-unes sont remplacées par de simples taches.

Pas de diarrhée, pas de délire.

25 juin. — T.s. = 38°, 8. T.m. 39°, 6.

À la face, l'éruption a presque complètement disparu ; sur le reste du corps, les papules sont remplacées par des macules érythémateuses, mais moins rouges que les papules.

26 juin. — T.s. = 38°, 7. T.m. = 38°, 7.

Sueurs profuses, langue humide ; la céphalalgie a diminué ; le malade a dormi la nuit. La sonorité est revenue aux deux bases pulmonaires : on entend à l'auscultation des râles bulleux.

Les papules ont tout à fait disparu : il n'existe plus que des macules violacées.

27, 28, 29 et 30 juin. — La prostration diminue, les sueurs persistent ; l'appétit renaît ; l'expectoration diminue ; à l'auscultation du cœur, on entend encore un léger souffle au premier temps.

La température oscille entre 37°, 5 et 39°.

1^{er} juillet. — T.s. = 37°, 7. T.m. = 38°, 8.

Le malade dort bien, n'a plus de céphalalgie ; à la place des macules violacées des jours précédents, il ne reste plus que quelques taches brunâtres squameuses.

2 juillet. — La céphalalgie a reparu ; le malade n'a pas dormi : au niveau du poignet gauche, on aperçoit 3 nouvelles papules rouges, tendues, vernissées ; dans le dos, au niveau de l'apophyse épineuse de la 7^e cervicale et au niveau de l'épine de l'omoplate, on voit 3 ou 4 nouvelles papules.

Ces papules coïncident avec une poussée de température à 40°, et un retour de symptômes généraux.

4 juillet. — T.s. = 36°, 4 (le malade avait pris la veille 1 gr, 20 d'antifébrile). T.m. = 38°, 4. P. = 85.

Une nouvelle papule a apparu un peu au-dessus du bord interne du poignet droit. Les 3 papules du poignet gauche commencent à pâlir.

Aux jambes, il reste à peine 3-4 macules.

5 juillet. — T.s. = 37°. T.m. = 38° 2.

Les papules récentes ont disparu ; il reste à peine des traces des anciennes papules.

A l'auscultation du cœur, on entend encore, au premier temps, le souffle systolique.

L'urine contient des traces d'albumine.

Le malade a considérablement pâli et maigri ; les sueurs persistent ; l'appétit renaît, mais le malade se sent encore très faible.

9 juillet. — T.s. = 37°, 5. T.m. = 37°. Le malade s'est levé : il se trouve bien. Le souffle systolique de la pointe a disparu ; plus de traces d'albumine dans les urines.

Il sort 15 jours après, complètement guéri.

Recherches bactériologiques. — Nous avons examiné à plusieurs reprises le sang des papules, sans y découvrir de bactéries.

Nos essais de culture ont été plus fructueux.

Le 28 juin, après avoir lavé soigneusement une papule avec une solution de sublimé, nous avons promené le fil de platine stérilisé dans une des petites vésicules aplaties, après les avoir entr'ouvertes avec une lancette stérilisée ; nous avonsensemencé avec le fil de platine plusieurs tubes d'agar-agar ; au bout de 3-4 jours, se développèrent des traînées blanches, qui finirent par former une pellicule d'un blanc grisâtre sur la surface de l'agar.

Après avoir lavé le gland au sublimé, nous avons recueilli au milieu de la miction quelques centimètres cubes d'urine dans un tube stérilisé ; avec une goutte de cette urine, nous avonsensemencé des tubes d'agar-agar ; au bout de 3 jours il se développa sur la surface de l'agar une colonie de même aspect que celles obtenues par ensemencement avec le liquide des vésicules.

Transportés dans des tubes de gélatine peptone, des fragments de ces colonies se développèrent avec le même aspect sans liquéfier la gélatine.

Nous donnerons plus loin la description des microbes qui composaient ces colonies.

Le 5 juillet, nous pratiquons à des cobayes des injections sous-cutanées avec de l'eau distillée dans laquelle nous avons délayé une parcelle des cultures : ces deux cobayes ne parurent pas en souffrir, et continuèrent à vivre.

Le malade qui fait l'objet de cette observation a présenté certaines difficultés de diagnostic : il était syphilitique depuis 18 mois ; bien que l'aspect de l'éruption différât par bien des points de celui des syphilides papuleuses, on aurait pu, à la rigueur, se demander s'il ne s'agissait pas d'une de ces variétés de fièvre syphilitique que Fournier (1) a désignées sous le nom de typhose syphilitique. Telle n'était pas l'opinion de M. le professeur Spillmann dont l'expérience en la matière fait foi.

S'agissait-il d'une de ces fièvres typhoïdes à manifestations cutanées anormales, telles qu'en ont décrit certains auteurs : certes notre malade présenta un état typhoïde assez accentué ; mais cet état, si commun dans les maladies infectieuses, ne suffit pas pour permettre de diagnostiquer une fièvre typhoïde et, dans sa thèse, de Molènes-Mahon

(1) *Traité de la syphilis*, p. 654.

cite une série d'observations d'érythème polymorphe recueillies par lui ou citées par d'autres auteurs, tels que Trousseau, Teissier, où l'état typhoïde fut plus prononcé que dans notre cas. Quant aux signes tels que bronchite, souffle valvulaire, etc., ils sont l'apanage de toutes les maladies infectieuses, et tous les auteurs qui ont décrit l'érythème polymorphe ont insisté sur ces complications ou plutôt sur ces localisations de la maladie; les localisations du côté du cœur sont particulièrement fréquentes; Lewin les a rencontrées 30 fois, Kaposi les rapporte à l'hypoglobulie, mais Besnier et Doyon (1) pensent au contraire qu'ils ont une base matérielle aussi positive que l'efflorescence cutanée. Du reste, le malade ne présenta jamais ni diarrhée, ni météorisme, ni tuméfaction de la rate; la fièvre diminua en même temps que l'éruption pâlit; elles avaient disparu toutes deux lorsque, le 2 juillet, se montrèrent quelques nouvelles papules; aussitôt la température remonta à 40° : cette coïncidence de l'élévation de la température avec les poussées de l'éruption, sont bien dans les habitudes des fièvres éruptives. Nous ajouterons que la culture du sang des papules ne reproduisit jamais le bacille d'Eberth, tandis que la culture de la sérosité des petites vésicules aplaties nous donnait toujours les mêmes colonies et les mêmes microbes. Avec de Molènes-Mahon, nous nous demandons même si bien des cas de fièvre typhoïde compliqués d'exanthèmes multiformes, n'étaient peut-être pas cette maladie infectieuse qui porte même actuellement le nom général d'érythème polymorphe; aussi croyons-nous qu'il serait utile dans les cas douteux de recourir à l'examen bactériologique du sang de la rate et des papules, seul capable de lever les difficultés du diagnostic.

Dans l'observation que nous venons de rapporter, l'iodure de potassium semble avoir eu l'action que Villemain lui attribue sur l'évolution de l'érythème polymorphe; il fut donné pour la première fois le 22 juin, à la dose de 2 grammes, alors que l'éruption datant de 10 jours, était à son apogée; 3 jours après, le 24 juin, les papules commencèrent à se flétrir, en même temps que l'état général s'améliorait.

Cependant comme, en définitive, l'éruption était déjà ancienne lorsque l'iodure fut donné pour la première fois, nous ne voulons pas attribuer à son action seule ce qui est redevable en partie à la marche de la maladie.

Presque à la même époque, nous observions dans le service un cas d'érythème papuleux survenu chez une fille de 13 ans après 6 jours de prodromes caractérisés par de la lassitude, de la céphalalgie, des douleurs dans les genoux et dans les membres; elle entra le 5 juin à l'hôpital; à ce moment, sur les 4 membres qui étaient œdématiés, on voyait des pa-

(1) Note des traducteurs. — *Maladies de la peau, Kaposi*. Vol. I, p. 378.

pules et des nodosités rouge brique, douloureuses, vrai type d'érythème papulo-noueux; le 6 juin, l'éruption avait envahi le tronc; sur le dos et les lombes se présentaient des maculés rouge vif, larges comme une lentille; sur l'épaule gauche, il existait une grande plaque rouge scarlatiforme: nous voyions donc réunis chez un même sujet la tache érythémateuse, la papule et la nodosité, bel exemple d'érythème multiforme, accompagné de symptômes fébriles, d'œdème, de douleurs articulaires. On prescrivit 2 grammes d'iodure. Le lendemain 7, l'éruption commençait à pâlir; le 8 juin, elle avait presque disparu complètement, les symptômes généraux s'étaient amendés; la température qui était restée le 5 et le 6 entre 38°5 et 39° était redevenue normale; le pouls était tombé de 120 à 90. Le malade sortait le 12.

Les circonstances ne nous ont pas permis de faire, dans ce cas, des recherches bactériologiques; mais ce qui démontre, presque aussi bien que la présence de microbes, la nature spéciale de l'érythème multiforme, c'est l'action antispécifique de l'iodure, action qu'il n'a ni dans le rhumatisme articulaire aigu, ni dans la plupart des pyrexies connues.

OBSERVATION II (recueillie par le malade).— A. V..., 22 ans, élève en médecine).

Depuis les premiers jours de juillet, ce jeune homme éprouvait de légers maux de tête et une lassitude générale.

11 juillet. — Malaise, courbature. Apparition sur la poitrine d'une bulle grosse comme un petit pois.

12 juillet. — Douleurs musculaires, allant progressivement toute la journée. — Le soir, apparition dans le dos et sur la poitrine de petites bulles grosses comme un pois, remplies d'un liquide citrin.

13 juillet. — T.s. = 39°. P. = 96.

Nuit mauvaise. — Le malade ne peut se lever. Eruption de bulles sur le corps entier, pieds, jambes, dos, face, cuir chevelu. A la face, outre les bulles qui étaient peu nombreuses, existaient de petites papules douloureuses, grosses comme une lentille, entourées d'un cercle rouge.

Pas de douleurs articulaires. Céphalalgie.

14 juillet. — T.s. = 39° 6. P. = 110.

Quelques-unes des bulles sont remplacées par une croûte; d'ailleurs le liquide qu'elles contenaient est devenu louche.

Le malade prend 2 grammes d'iodure, qu'il continue jusqu'au 17; il y ajoute du salicylate de soude, croyant son affection de nature rhumatismale, parce qu'il est de souche arthritique et a eu lui-même la gavelle.

15 juillet. — Même état.

16 juillet. — État général considérablement amélioré; nuit bonne; la fièvre a cessé; l'éruption a cessé, et il est remplacé par des croûtes et des macules.

17 juillet. — État général bon; plus de fièvre, le malade est remis.

Recherches bactériologiques. — Le 14 juillet, ensemencement d'un tube d'agar-agar avec une aiguille de platine stérilisée, piquée dans une bulle. — Au bout de 2 jours, développement le long de la strie d'une trainée blanche,

qui, quelques jours après, offre le même aspect que les cultures obtenues dans l'Observation I.

Ensemencement d'un tube d'agar-agar avec une goutte d'urine, après les précautions antiseptiques habituelles; au bout de 2 jours, développement d'une colonie absolument semblable à celle obtenue avec ensemencement du liquide des bulles.

Le 24 juillet, inoculation de 2 petits cobayes de 6 semaines avec les cultures provenant des bulles et de l'urine; ces cobayes meurent le lendemain, sans avoir présenté aucune éruption; ensemencement de tubes d'agar avec le sang du cœur de ces cobayes; au bout de 3 jours, développement de colonies blanches, composées des mêmes microorganismes que ceux qui formaient les cultures précédentes.

En somme, le jeune malade qui fait l'objet de l'Observation II, nous a présenté après une série de prodromes, une éruption caractérisée à la face par des papules et des bulles, et sur le reste du corps par des bulles seulement; il s'agissait évidemment d'un érythème bulleux; le malade se disait de souche arthritique; mais nous ne croyons pas que ce soit une raison suffisante pour considérer, comme manifestation de cette diathèse, une maladie qui a toutes les allures d'une maladie générale infectieuse. Nous ne pouvons apprécier dans ce cas l'action de l'iodure de potassium, le malade ayant pris simultanément du salicylate de soude.

En résumé, les deux cas qui font le sujet des Observations I et II sont bien du type de dermatoses aiguës infectieuses; elles en ont présenté la période prodromique, la période d'éruption, les localisations viscérales, la convalescence.

Dans ces deux cas, la culture de la sérosité des petites vésicules et des bulles, ainsi que de l'urine des malades, a donné naissance chaque fois sur l'agar-agar ou la gélatine peptone, à des colonies qui se présentaient au bout de quelques jours sous l'aspect de pellicules d'un blanc sale; les cultures devenaient apparentes trois ou quatre jours après ensemencement à la température de 15° à 20°; elles ne liquéfiaient pas la gélatine. Une petite parcelle de ces colonies, examinée dans une goutte d'eau distillée faiblement colorée au violet de gentiane, se montrait formée de microcoques arrondis; très rarement isolés, ces microcoques étaient ordinairement réunis deux par deux, ou en chaînette; ces chaînettes étaient animées d'un mouvement d'oscillation sur elles-mêmes et de progression; après coloration au violet de gentiane et montage dans le baume, ces microcoques mesuraient environ huit dixièmes de μ à 4 μ , dimension inférieure probablement à celle qu'ils peuvent avoir en vie avant la dessiccation.

Des injections sous-cutanées ont été pratiquées chez plusieurs cobayes avec de l'eau distillée dans laquelle avait été délayé un fragment de la colonie gros comme une lentille; des inoculations ont été faites de cette

façon avec les différentes cultures provenant des deux cas observés; deux cobayes adultes et vigoureux n'ont pas semblé souffrir de l'expérience; deux jeunes cobayes de six semaines sont morts au bout de dix heures; des cultures faites sur agar avec leur sang ont reproduit les mêmes colonies composées des mêmes microcoques. Nous avons également pratiqué sur les oreilles d'un lapin plusieurs piqûres avec des lancettes imprégnées de cultures: il ne se produisit aux points piqués aucune réaction inflammatoire.

De ces expériences nous pouvons conclure avec une grande probabilité que le microcoque que nous avons isolé n'est pas un microbe vulgaire de la suppuration; l'inoculation n'ayant jamais provoqué de foyers inflammatoires.

Pouvons-nous conclure que le microorganisme que nous avons cultivé soit l'agent infectieux de la fièvre exanthématique? Nous l'avons retiré par la culture des efflorescences cutanées et de l'urine des malades; mais nos essais de culture avec le sang ont été infructueux, ce qui peut s'expliquer par ce fait que l'exanthème est la localisation du parasite dans la peau, et l'urine sa voie d'élimination, tandis que le sang ne lui sert que de véhicule momentané. D'un autre côté, nos essais d'inoculation n'ont pu reproduire chez l'animal d'éruption analogue à celle de l'érythème multiforme; mais cet insuccès ne pourrait suffire pour affirmer que le microcoque que nous avons isolé n'est pas l'agent virulent de la maladie; car il est avéré que bien des maladies de l'homme peuvent ne pas atteindre l'animal.

Il serait utile que des examens bactériologiques répétés fussent faits sur les liquides organiques des malades atteints des différentes formes d'érythème polymorphe primitif aigu, soit d'érythème papuleux, soit d'érythème vésiculeux, noueux ou bulleux: si après un grand nombre de recherches, on retrouve et on isole dans tous ces cas le parasite que nous avons observé, on pourra conclure, d'une part, qu'il est bien le microbe de la fièvre érythémateuse, et, d'autre part, que les différentes variétés d'éruption réunies sous le nom d'érythème polymorphe relèvent de la même infection.

III

NOTE SUR UN FAIT DE SYPHILIS A ÉVOLUTION ANORMALE,

Par **H. HALLOPEAU**, professeur agrégé de la Faculté de médecine,
médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Un des principaux caractères de la syphilis est de se traduire par des manifestations qui se modifient suivant des règles à peu près fixes dans leur forme et leur localisation à mesure que la maladie avance dans son évolution. Le contagio ne suscite plus à la période tertiaire les mêmes réactions que précédemment, sans doute parce qu'il se modifie lui-même.

On peut admettre, en thèse générale, que les affections syphilitiques sont d'autant plus circonscrites et d'autant plus profondes que la maladie est plus ancienne ; leur marche est progressive et non rétrograde ; il est de règle que l'on ne voit plus les exanthèmes généralisés des premiers temps se reproduire quand des lésions circonscrites et profondes se sont manifestées et réciproquement ces dernières appartiennent presque exclusivement aux périodes avancées de la maladie. Il en est ainsi dans la presque totalité des cas. On ne peut dire cependant que ces lois aient une valeur absolue et ce travail a précisément pour but d'établir qu'elles comportent des exceptions.

On peut voir des affections généralement tardives se produire dans les premiers temps de la maladie ; telles sont en particulier les périostoses et les encéphalopathies. Nous avons constaté, cette année même, chez un malade de notre consultation, porteur depuis deux mois d'un chancre induré et atteint d'une syphilide papuleuse, l'existence de deux périostoses : l'une occupait le haut du pariétal gauche, mesurait environ 2 centimètres de diamètre et faisait une saillie de 4 à 5 millimètres ; l'autre siégeait à la partie supérieure du frontal, du même côté. Finger (1) a également vu des périostoses multiples coïncider avec une roséole chez une femme dont la syphilis ne remontait qu'à deux mois. Un syphilitique âgé de 29 ans, entré dans notre service, le 3 janvier 1887, lit n° 69 de la salle Bichat, était atteint d'une hémiplegie qui avait débuté six mois après le chancre. Ces faits ne sont pas très rares ; MM. Fournier, Lancereaux et Vidal en ont cité des exemples.

(1) FINGER, *Wien. med. Wochens.*, 1884.

Inversement les mêmes accidents qui se manifestent d'ordinaire au début de l'infection générale peuvent se produire de nouveau ultérieurement : la roséole peut récidiver une ou plusieurs fois, elle est dite alors roséole de retour ; il en est de même des syphilides papuleuses ; le fait est cependant exceptionnel pour ces dernières et ne s'observe guère que pendant les deux premières années de la maladie, alors que les accidents tertiaires n'ont pas encore paru ; l'observation suivante montre qu'il peut se produire plus tardivement, et après des lésions localisées et profondes, une éruption papuleuse généralisée.

La nommée V..., âgée de 49 ans, entre le 24 juillet 1884 à l'hôpital Saint-Louis, salle Bieth, n° 6. Antérieurement d'une bonne santé, elle a contracté, au commencement de l'année 1880, une syphilis qui s'est traduite dans le courant de février par une éruption généralisée de taches saillantes ; en novembre, des accidents analogues se sont manifestés, concurremment avec une céphalalgie à exacerbations nocturnes ; la malade a fait alors à Saint-Antoine un séjour de deux mois.

En 1883, elle entre à Saint-Louis pour un mal de gorge, qui y est traité par des cautérisations et l'iodure de potassium. Après sa sortie de l'hôpital, elle ne suit son traitement que d'une manière irrégulière ; elle éprouve de la gêne de la parole et de la déglutition ; bientôt les aliments lui sortent par le nez ; des fragments d'os sont éliminés ; il s'est fait une perforation de la voûte palatine.

Vers cette époque apparaissent des lésions cutanées qui ont dû être profondes, à en juger par les traces qu'elles ont laissées. On voit, en effet, sur les membres, un certain nombre de cicatrices en partie décolorées, en partie pigmentées en brun ; leurs bords sont irrégulièrement arrondis ou ovalaires ; leur surface est légèrement déprimée ; leur diamètre varie de 1 à 3 centimètres.

L'éruption pour laquelle la malade entre actuellement à l'hôpital, a débuté au mois de mars dernier, plus de quatre ans après l'accident primitif ; localisée d'abord à la poitrine, elle s'est étendue peu à peu, lentement, par poussées successives, à l'abdomen, aux bras, aux membres inférieurs et enfin à la face, envahissant ainsi toute la surface des téguments.

Actuellement, elle est caractérisée par des papules du volume d'une tête d'épingle, légèrement saillantes, d'une couleur rouge brunâtre, entourées à leur base d'une collerette épidermique et non prurigineuses ; elles sont disposées le plus souvent en grappes irrégulièrement circulaires, dont les dimensions égalent tantôt celle d'une lentille, tantôt celle d'une pièce de un franc ; par places, et particulièrement dans le dos et sur les épaules, ces petits groupes sont agglomérés de manière à former de grandes plaques irrégulières que séparent des intervalles de peau saine.

L'éruption est généralisée ; elle présente dans plusieurs régions des caractères un peu différents de ceux que nous venons d'indiquer ; dans les paumes des mains, les papules sont affaissées ; l'éruption n'est représentée que par des taches d'un rouge brun qu'entoure un soulèvement épidermique ; sur les bras, les papules, en plusieurs points, se confondent de manière à former des cercles ; aux cuisses, aux genoux et à la partie postérieure des jambes, l'éruption est très confluyente, mais les saillies sont fort peu pro-

noncées et leur coloration est éteinte ; elles donnent à la main la sensation d'une peau de chagrin. Au devant de la jambe, on voit des taches d'un rouge vif, circulaires, entourées d'une légère aréole brunâtre ; à la plante des pieds, on distingue plusieurs groupes de taches brunâtres, disposées en cercle, sans épaissement de l'épiderme.

A la face, l'éruption est surtout marquée au front, autour du nez et au menton ; elle se compose de papules plates, lenticulaires, à peine saillantes, d'un rouge cuivreux, légèrement squameuses ; elles sont groupées de manière à former des festons irréguliers. En plusieurs points, les saillies ont disparu, il ne reste que des macules peu colorées et desquamant légèrement. L'éruption s'étend jusqu'à la hauteur du cuir chevelu ; on voit quelques croûtes au sommet de la tête.

Depuis cinq mois, la malade a éprouvé des douleurs dans les oreilles et elle est devenue sourde ; on voit des papules érodées dans le conduit auditif externe, près du tympan. L'examen de la cavité buccale dénote l'existence d'une vaste perforation de la voûte et du voile du palais ; ovulaire, elle atteint d'avant en arrière le diamètre d'une pièce de cinq francs.

Le voile du palais et les amygdales sont complètement détruits.

On aperçoit, au fond de l'excavation, le vomer ainsi que les cornets moyens et inférieurs. La perte de substance s'étend en avant jusqu'à 1 centimètre 1/2 de l'arcade dentaire. L'état général est satisfaisant.

La malade est soumise au traitement mixte ; elle prend d'abord, d'une manière continue, 2 grammes d'iode de potassium en même temps que deux cuillerées de sirop de Gibert.

Le 20 septembre, nous prescrivons, en place du sirop bi-ioduré, des frictions mercurielles ; au bout de huit jours, des accidents de stomatite contraignent de les cesser. L'éruption ne se modifiant pas d'une manière appréciable, tout traitement spécifique est suspendu au commencement d'octobre sur le conseil d'un collègue pour lequel le diagnostic est incertain : il se fait peu à peu une nouvelle poussée sur la face et les membres supérieurs. Au front, les éléments sont plus volumineux que précédemment ; ils sont papulo-tuberculeux.

Le 8 novembre, on revient au traitement spécifique ; la malade prend chaque jour deux pilules de protoiodure à 0gr,05, et 4 grammes d'iode de potassium.

Le 29 novembre, l'éruption s'est notablement modifiée. A la face, les papules se sont affaissées, beaucoup d'entre elles ont disparu ; la plupart des autres ne sont représentées que par des macules d'un rouge pâle ; de même, aux membres supérieurs, il n'y a plus guère que des taches ; on voit seulement quelques éléments faire encore une légère saillie ; leur surface desquame. Sur le tronc, les papules ont toutes fait place à des taches qui ne disparaissent qu'incomplètement sous le doigt. Aux membres inférieurs, les saillies sont remplacées par de légères dépressions ; la surface de l'épiderme est ridée et comme gaufrée à leur niveau ; leur couleur est d'un brun foncé.

Le 2 décembre, la malade sort de l'hôpital.

Le 11 décembre, la malade se présente à la consultation. L'éruption a continué son évolution rétrograde ; elle n'est plus constituée que par des taches d'une couleur brune ou violacées.

Le 5 février 1885, une nouvelle éruption s'est, depuis huit jours, produite

à la face. On voit sur la lèvre inférieure, sur les paupières inférieures et sur le tragus du côté gauche, des papules surmontées de croûtelles.

Le 19 mars, il existe, au devant de chaque oreille, un groupe de papules disposées en arc de cercle.

Le 9 juillet, il ne reste plus trace de l'éruption lichénoïde généralisée. On voit, au devant des oreilles, les éléments ulcéreux précédemment indiqués. De nouvelles lésions intéressent le nez, dont l'extrémité est tuméfiée, rouge, indurée, excoriée par places; une ulcération occupe l'orifice des narines et s'étend profondément dans les fosses nasales. Ces manifestations sont actuellement circonscrites et profondes, comme il est de règle à cette période de la maladie; la syphilis a repris son cours normale, sans doute sous l'influence du traitement.

En résumé, cette malade, *plus de quatre ans après le début d'une syphilis qui avait donné lieu à des lésions ulcéreuses circonscrites de la peau et à une perforation de la voûte palatine, a été atteinte sur toute la surface du corps d'une éruption constituée par des papules légèrement saillantes et d'aspect lichénoïde.* Nous nous sommes demandé s'il s'agissait bien là d'une syphilide; l'hésitation n'a pu être de longue durée, car les caractères de l'affection cutanée ne permettaient de penser ni à un eczéma ni à un psoriasis, ni même à un lichen; notre diagnostic a d'ailleurs été confirmé par MM. Fournier et Besnier, et aussi par l'action du traitement qui s'est produite tardivement, mais d'une manière évidente.

Cette éruption papuleuse tardive a différé notablement de la syphilide papuleuse secondaire; les éléments, de très petites dimensions, se groupaient en cercle ou en arc de cercle; leur coloration était sombre ou cuivrée; ils ne s'effaçaient qu'incomplètement sous le doigt. Ce sont là des caractères qui appartiennent aux roséoles tardives. L'affection de notre malade a présenté un autre trait particulier aux syphilides lichénoïdes: nous voulons parler de sa *durée* relativement considérable et de sa *résistance au traitement*. Ayant débuté au mois de mars, elle n'a rétrocedé qu'à la fin de novembre, après plusieurs mois de médication énergique.

Nous n'avons donc pas eu affaire à une syphilide papuleuse vulgaire, et ce seul fait éloigne l'idée d'une réinfection. Il s'agit d'un cas exceptionnel dans lequel la *maladie, après avoir donné lieu à des lésions circonscrites et destructives, s'est traduite de nouveau par des manifestations généralisées et superficielles.* Nous ne pouvons, dans l'état actuel de nos connaissances, déterminer quelle a été la cause de cette évolution anormale, pas plus que nous ne pouvons pénétrer la condition prochaine des modifications que présente la syphilis dans ses différentes périodes, chez les différents individus qui en sont atteints.

RECUEIL DE FAITS.

I

DEUX OBSERVATIONS DE CHANCRES EXTRAGÉNITAUX.

Par A. MOREL-LAVALLÉE,

chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

La fréquence croissante des chancres extragénitaux, l'intérêt qui s'attache à ce genre de lésions relativement encore peu connues dans leurs variétés insolites et dans leurs origines, ont déterminé M. le professeur Fournier à donner, à un de ses élèves, mission de relever tous les chancres extragénitaux observés dans son service pendant l'année qui vient de s'écouler. Nous pensons qu'il en sera fait de même à la fin de l'année courante ; mais les deux derniers cas que nous avons été à même d'étudier nous ont paru, à des titres différents, dignes d'être mis en vedette et publiés en dehors de la série désormais banale des syphilomes primaires éclo en dehors de la sphère génitale.

Le premier a trait à un chancre *intranasal* ; déjà, dans les *Annales* de 1881, M. Poncet avait publié, comme chancre « de siège insolite », un chancre siégeant sur la cloison nasale, près de l'orifice de la narine droite. L'article SYPHILIS, de Homolle, dans le *Dictionnaire de médecine pratique* (1883), rappelle un cas de Nettleship, où la lésion initiale « siégeait sur la pituitaire ». Nous allons donner la description du malade que nous venons d'observer.

OBSERVATION I.

Chancre de la muqueuse nasale.

Le nommé B..., Claude, 39 ans, forgeron, entre à l'hôpital le 11 septembre 1887, dans le service de M. le professeur Fournier, pour une éruption érythémateuse généralisée, laquelle est bien manifestement une roséole syphilitique. En quelques points se trouvent même des syphilides papulo-squameuses discrètes.

Quelle a été la porte d'entrée de l'infection ?

Pas de trace de chancre aux organes génitaux. Rien aux doigts, ni aux lèvres, ni à la langue, ni aux amygdales, ni en aucun endroit du tégument cutané. Nous cherchons alors le bubon qui a dû survivre à la lésion chan-

creuse, sans doute aujourd'hui disparue, et ici nous éprouvons une difficulté en raison de la généralisation accomplie de l'infection secondaire : tous les ganglions sont volumineux, indolents, et leur hypertrophie n'est pas plus accentuée dans les aines qu'aux aisselles, par exemple.

Le malade affirme n'avoir pas eu de chancre dans ces temps derniers.

Le seul « bobo » qu'il ait eu est une écorchure dans la narine gauche, remontant à quelques semaines.

De fait, l'adénopathie est beaucoup plus prononcée dans les ganglions sous-maxillaires, surtout du côté gauche. De ce côté, en effet, on sent contre le rebord de la mâchoire un ganglion gros comme une noix, lisse, indolent.

En examinant les narines avec un écarteur, on voit, du côté gauche, une *érosion* sans limites précises, sans bords, constituée par une surface grisâtre avec un piqueté rouge légèrement sanguinolent au point où l'ulcération atteint, à sa partie inférieure, la région pileuse des fosses nasales. Il est impossible, même en introduisant le doigt, de sentir une induration quelle qu'elle soit, attendu que l'érosion siège sur la cloison, dont elle ne se détache pas sous la forme d'une saillie quelconque.

Le 19, cet homme est vu par M. Fournier, qui, après l'examen au spéculum nasal, confirme notre diagnostic de *chancre intranasal*. Aspect rouge carminé, luisant, vernissé, grisâtre seulement aux bords. Le malade n'en a pas l'air autrement stupéfait; c'est un ouvrier en instruments de chirurgie; il n'a pourtant pas tenu entre les mains d'instrument sale : « J'aurai *probablement caressé* quelque femme malpropre, » dit-il, et il se souvient d'avoir eu mal au nez, « où il fourrait toujours son doigt » ; son mouchoir ramenait des mucosités sanguinolentes, etc.

Sorti depuis peu de l'hôpital, il revient nous voir le 26 septembre; il dit qu'il est presque guéri; de fait, le spéculum nasal permet de voir que la large plaque érosive de la dernière fois est entièrement cicatrisée dans sa partie inférieure et moyenne, si bien qu'il n'existe plus que deux petites érosions jardacées lenticulaires, très haut dans la narine.

Adénopathies secondaires généralisées volumineuses. Il se sent, du reste, fort amélioré depuis que nous le soignons : « En trois semaines, dit-il, son poids a augmenté de cinq livres, et il travaille maintenant comme si de rien n'était. »

Roséole en voie de disparition.

Dans l'observation de M. Poncet, telle que nous la trouvons dans les *Annales*, le chancre faisait saillie et oblitérait la narine; ici, c'était l'érosion bénigne, insignifiante, habituelle au chancre des muqueuses génitales. Aussi notre malade, à nous, ne venait-il consulter que pour son éruption généralisée, et nullement pour une lésion locale dont il ignorait l'importance. Nous ne savons pourquoi, *pour quel symptôme* venait consulter la jeune fille de M. Poncet. Pour elle, l'étiologie est restée inconnue. — Notre homme, lui, admettait comme très vraisemblable qu'il eût exposé *ses doigts* à un contact possiblement virulent.

OBSERVATION II.

Madeleine P..., 24 ans, couturière, entre le 19 septembre 1887, dans la salle Henri IV, n° 34, service de M. le professeur Fournier; elle présente les lésions suivantes :

La lèvre supérieure est tuméfiée, surtout dans sa moitié droite, qui est relevée et saillante.

Vers sa partie médiane, existe une croûte arrondie, de la dimension d'une pièce de vingt centimes, peu épaisse, jaune doré, rappelant exactement les croûtes de l'impétigo ou mieux (puisque'il s'agit d'une muqueuse), celles d'un *herpès confluent*.

Cette croûte n'est ni saillante ni enchassée dans la lèvre, et la lésion qu'elle recouvre doit être bien superficielle, autant qu'on peut en juger malgré l'adhérence de cette croûte. Vient-on à saisir celle-ci aux deux pôles, on sent, au milieu de la tuméfaction molle de la lèvre, une dureté plus ferme qui lui sert de base.

Juste à côté et en dehors existe, sur le rebord labial, une petite plaque parcheminée au niveau de laquelle la muqueuse est à peine érodée et la coloration rouge normale à peine accentuée.

La lèvre inférieure présente une petite tuméfaction pisiforme, bombée, sans relief ni bord qui la circoncrive, correspondant à l'interstice des lésions précédentes quand la bouche est fermée. Elle est beaucoup plus petite qu'elles; sa surface paraît revêtue d'épiderme; mais il y a là une teinte rouge sombre très accentuée, et il semble qu'il y ait sous le derme comme une petite lentille dont les bords dépassent le niveau de la muqueuse labiale, et sont assez résistants pour qu'en les touchant le doigt entraîne toute la lèvre et la fasse basculer.

A l'angle sous-maxillaire droit existe un ganglion dur, indolent, gros comme une petite noix, accolé au rebord de l'os.

S'il s'agit bien de chancres, le mode de contagion n'a pu être élucidé; on nous dit seulement que ces érosions existent depuis trois semaines; que la première a été celle du milieu de la lèvre supérieure, et que l'adénopathie droite est venue une huitaine après.

Théoriquement, le diagnostic se posait ainsi: Deux chancres indurés et *herpès confluent* (pour la première lésion décrite) ou sclérose initiale pour toutes les trois.

L'induration permet surtout d'être précis pour l'érosion de la lèvre inférieure. Quant à la première, ce qui fait hésiter, c'est que la lésion n'a pas seulement, quand la croûte est tombée, l'aspect diphtéroïde — déjà rare pour le chancre syphilitique — mais plutôt celui d'une véritable couenne, d'une exsudation pseudo-membraneuse, ne se détachant pas, et telle qu'en produit à sa dernière période l'*herpès des muqueuses*.

Traitement uniquement local: cataplasmes de fécule pour faire tomber la croûte.

21 septembre. — Sous l'influence du cataplasme, l'aspect est changé; c'est bien aujourd'hui un exsudat diphtéroïde transparent (et non plus une croûte), recouvrant incomplètement une érosion dont l'induration de base se voit maintenant à distance; c'est, suivant la comparaison de Bell, l'aspect de plaques résistantes enchassées profondément sous les deux érosions dont elles dépassent les circonférences.

L'induration s'accroît aussi à la lèvre inférieure, où la coloration rouge se fonce nettement. Apparition d'un second ganglion à l'angle gauche de la mâchoire; les deux adénopathies commencent à être sensibles à la pression.

27 septembre. — Deux jours après, ayant cessé les cataplasmes et les douches de vapeur, l'aspect croûteux impétiginiforme, à contours irréguliers, reparait et s'étend à la plus petite des érosions de la lèvre supérieure, qui se confond ainsi avec sa voisine.

Aujourd'hui, la lèvre supérieure est gonflée en masse, et le cercle d'induration s'étend du lobule médian à la commissure, en déterminant une sorte d'ectropion. A la lèvre inférieure, saillie bombée, orbiculaire, typique. — Depuis deux jours, l'adénopathie a beaucoup augmenté et est devenue douloureuse au point d'empêcher les mouvements du cou et de ne pas supporter la palpation. Maux de tête; on supprime la pilule de protoiodure donnée depuis deux jours; onctions mercurielles sur l'adénopathie: 1 gramme KI.

28 septembre. — Poids de la malade: 47 kilogrammes.

Les jours suivants, la tuméfaction de la lèvre supérieure augmente; celle-ci est relevée en museau de tanche; un cercle d'induration profonde, cercle à grand rayon, déborde le bord cutané et sert de base à un demi-cercle de rayon plus court, ulcéreux, celui-là, et dû à la fusion des deux chancres. La surface en est dure, saignante au moindre contact, très douloureuse, recouverte d'une couenne lardacée qui s'amincit à sa périphérie, où elle présente un piqueté rouge caractéristique; aux bords le piqueté s'accroît et fait place à une teinte rouge musculaire. Si l'on prend la lèvre entre les doigts, on la casse, pour ainsi dire, à l'union des deux érosions primitives, qui, de chaque côté de cette fissure artificielle, se présentent sous l'aspect de deux plaies de mauvaise apparence creusées à l'évidoir.

Parallèlement à l'évolution tapageuse et douloureuse de ces deux chancres ulcéreux à type lardacé, nous voyons se développer en silence à la lèvre inférieure le second type de chancre, le chancre « petit format » (qu'on nous passe l'expression), qui n'a changé ni de volume, ni de couleur, ni d'aspect.

Sa minuscule, mais régulière saillie bombée, d'une induration à peine perceptible, l'intégrité apparente et peut-être réelle de l'épiderme à sa surface, donnaient l'idée de ce qu'eût produit l'insertion, sous la muqueuse, d'une amorce en papier, — ou, moins trivialement, de la papulation due à une piqure de cousin ou à l'injection de quatre gouttes d'une seringue de Pravaz.

Si nous insistons avec tant de détails, c'est que pas un médecin, en dehors de ceux qui ont l'habitude de ces sortes de lésions, n'eût osé porter, sur la vue de ce seul chancre de la lèvre inférieure, le diagnostic de syphilis; en ville, il n'eût même pas soupçonné cette maladie.

L'aspect impétiginiforme d'un chancre labial est encore à noter, — comme aussi la pluralité de ces chancres syphilitiques, qui paraît fréquente pour les chancres extragénitaux.

Une dernière considération: le 6 octobre, la roséole est apparue; les chancres ont donc débuté en moyenne le 21 août. La malade les faisait remonter au premier septembre; la période d'observation a donc été de neuf jours, pendant lesquels cette jeune femme a pu, par le baiser, contaminer toute sa famille; or, ce danger social est spécial aux chancres extragénitaux, car autrement l'amant seul (ou les amants) eût été menacé pendant cette période. Et si notre malade n'avait eu que le chancre de la lèvre inférieure, la période d'observation, sans aucun doute, *durerait encore pour elle*. On voit donc l'immense intérêt qu'il y a pour la société à attirer l'attention sur les chancres extragénitaux; qu'on nous pardonne d'y avoir insisté si longuement.

REVUE DE DERMATOLOGIE.

- I. — WAS WISSEN WIR VON DER SEBORRHÖE ? (QUE SAVONS-NOUS RELATIVEMENT A LA SÉBORRHÉE ?), par P.-G. UNNA (*In Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1887, n° 15).
- II. — REMARQUES SUR L'ÉTIOLOGIE DE L'ECZÉMA, par FORTESCUE FOX (*The British medical Journal*, 23 avril 1887, p. 875).
- III. — DE L'ECZÉMA DES ENFANTS, par le D^r DRURY (*The Cincinnati lancet-clinic*, 23 septembre 1886).
- IV. — TRAITEMENT DE L'ECZÉMA PAR LE PERMANGANATE DE POTASSE, par W.B. LAURENCE (*Journal of the American medical Association*, 22 janvier 1888, p. 92).
- V. — ECZÉMA VULVAIRE. — GANGRÈNE SPONTANÉE DE LA VERGE CHEZ LES DIABÉTIQUES, par VAQUEZ (*France médicale*, 21 avril 1887).
- V^{bis}. — NOUVEAU TRAITEMENT POUR LES ECZÉMAS QUI RÉCIDIVENT CONSTAMMENT, par H. RADCLIFFE CROCKER (*The British medical Journal*, 9 juillet 1887).
- V^{ter}. — *Id.*, par le D^r H. G^r BROOKE. (*Ibid.*, 30 juillet 1887).
- VI. — ALTÉRATIONS HISTOLOGIQUES DU SYSTÈME NERVEUX DANS LE PEMPHIGUS FOLIACÉ, par le D^r PASQUALE FERRARO (*Il Morgagni*, août et mai 1886).
- VII. — UN CAS DE PEMPHIGUS HYSTÉRIQUE. Leçon de V. AUGAGNEUR (*Province médicale*, 7 mai 1887).
- VIII. — SUR UN CAS DE PEMPHIGUS, par les D^{rs} TOMMASOLI et SANQUIRICO (*Extr. dal. Bollet. della Soc. tra i cultori delle scien. medic.*).
- IX. — NOTE RELATIVE AUX ÉRUPTIONS BULLEUSES QUI SURVIENNENT APRÈS L'INGESTION DE L'IODURE DE POTASSIUM par JAMES-NEVINS HYDE (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, décembre 1886, p. 353).
- X. — CAS DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU COMPLIQUÉ D'UNE ÉRUPTION BULLEUSE, par F.-L. BENHAM. (*The Lancet*, 20 nov. 1886, p. 969.)
- XI. — IRRITATION DU SCIATIQUE. — HÉMORRHAGIES INTERSTITIELLES (PURPURA) D'ORIGINE NÉVROPATHIQUE, par ALBERT MATHIEU et GLEY (*Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1887).

- XII. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES DERMOPATHIES BLENNORRHAGIQUES. — OBSERVATION DE PURPURA BLENNORRHAGIQUE, par L. SCHWARTZ (*Alger médical*, janvier 1887).
- XIII. — LE PURPURA HEMORRHAGICA PENDANT LA GROSSESSE, par le D^r JOHN PHILLIPS (*The British med. Journal*, 13 novembre 1886, p. 920).
- XIV. — NOTE SUR UN CAS DE NÉPHRITE CHRONIQUE AVEC PHÉNOMÈNES ANORMAUX (HÉMORRHAGIES MULTIPLES A FORME DE PURPURA HEMORRHAGICA, ETC.), par J. GIRODE (*Archives de physiologie*, 15 mai 1887).
- XV. — DAS RHINOSKLEROM DER SCHLEIMHAUT (LE RHINOSCLÉROME DES MUEUSES), par O. CHIARI et G. RIEHL (tirage à part de la *Zeitschrift für Heilkunde*, 1885).
- XVI. — TROUBLES TROPHIQUES DANS LES MEMBRES INFÉRIEURS CONSÉCUTIFS A UN TRAUMATISME MÉDULLAIRE, par WALLICH (*Archives générales de médecine*, avril 1887).
- XVII. — ICHTHYOSE HYSTRIX NIGRICANS SUIVANT LE TRAJET DES NERFS PROFONDS DES MEMBRES INFÉRIEURS, par BUTRUILLÉ (*Bulletin médical du Nord*, mai 1887).
- XVIII. — NOTE RELATIVE A DES TROUBLES TROPHIQUES EXCEPTIONNELS D'ORIGINE RHUMATISMALE, par A. RENAULT (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 10 juin 1887).
- XIX. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MALADIES DE LA PEAU D'ORIGINE SPINALE PRODUITES PAR DES LÉSIONS NERVEUSES PÉRIPHÉRIQUES, par A. MAZUREL (*Thèse de Doctorat*, Lille, 15 mars 1887).
- XX. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES DERMATOSES D'ORIGINE NERVEUSE. DES MALADIES DE LA PEAU CONSÉCUTIVES A UN CHOC MORAL, par J. LÉVÊQUE (*Thèse de doctorat*, Lille, 1887).
- XXI. — NOUVEAUX CAS DE PARÉSO-ANALGÉSIE DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES, par MORVAN (de Lannilis) (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1886).
- XXII. — PARÉSIE ANALGÉSIQUE A PANARIS DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES, CONSÉCUTIVE A LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par HANOT (*Archives générales de médecine*, mai 1887).
- XXIII. — SUR UN NOUVEAU CAS DE PARÉSIE ANALGÉSIQUE, par COLLEVILLE (*Gazette hebdomadaire*, 27 mai 1887).
- XXIV. — UN NOUVEAU CAS DE PARÉSO-ANALGÉSIE (de Morvan), par PROUFF (*Gazette hebdomadaire*, 15 avril 1887).

XXV.—SUR LA VALEUR DE L'ARSENIC DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU, par R. W. TAYLOR (*Journal of cutaneous and venereal diseases*, p. 362, décembre 1886).

XXVI.—DISCUSSION SUR LA VALEUR DE L'ARSENIC DANS LES MALADIES DE LA PEAU A LA SOCIÉTÉ DERMATOLOGIQUE DE NEW-YORK, par PIFFARD, SHERWELL, ALEXANDER, MORROW, KEYES, LEWIS, STURGIS, MAYNARD, ALLEN (*Ibid.*, p. 366, décembre 1886).

XXVII.—DE L'ARSENIC DANS LES MALADIES DE LA PEAU, par A. E. FARNHAM (*Ibid.*, p. 371, décembre 1886).

XXVIII. — *Id.*, par R. L. FAITHFULL (*Ibid.*, p. 374, 1886).

XXIX.—RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE FAITE par PRINCE A. MORROW SUR LA VALEUR DE L'ARSENIC DANS LES MALADIES DE LA PEAU (*Ibid.* p. 374, 1886).

I. — La théorie de la séborrhée en est restée au point où l'ont portée Rayer et Biett, comme si la physiologie et l'anatomie de la peau n'avaient fait aucun progrès depuis cette époque. Sa perfection apparente qui semble résulter de la concordance des opinions exprimées à son sujet dans les ouvrages spéciaux, prouve seulement, d'après Unna, que les auteurs ont reproduit d'une façon routinière ce qui avait été enseigné avant eux.

Relativement à l'origine physiologique de la graisse de la peau, on s'en est tenu au point de vue de Rayer, Biett et Cazenave, qui faisaient provenir la graisse des follicules, comme si Krause, Kölliker et Meissner n'avaient pas prouvé d'une manière irréfutable que les glandes en peloton sécrétaient aussi de la graisse. Mais l'auteur laisse à chacun le soin de corriger ces erreurs par l'étude de l'histologie de la peau ; il veut seulement appeler l'attention sur quelques faits physiologiques et cliniques connus même des gens du monde et laissés de côté par les auteurs.

Tout le monde sait que la sécrétion de la paume des mains est grasse, et produit sur le papier une tache de graisse, et cependant cette région ne renferme pas de glandes sébacées. On sait en outre qu'une transpiration rapide donne une sueur grasse, laissant aux cheveux leur frisure et leur éclat gras ; or cette transpiration rapide ne peut provenir des glandes sébacées dont elle exigerait la destruction totale. Enfin si, dans un cas d'acné, nous cherchons un point de la peau où tous les follicules soient bouchés solidement par des comédons, nous voyons à la surface une sueur grasse à chaque transpiration. Sous le microscope on aperçoit d'ailleurs des gouttelettes de graisse libres et pas de cellules des glandes sébacées.

Il résulte de ces faits que la théorie que l'on trouve dans tous les traités de dermatologie et d'après laquelle les séborrhées sont des maladies des glandes sébacées ne répond plus à nos connaissances histologiques actuelles. D'où la nécessité au point de vue de la critique historique de reviser les observations cliniques pour les mettre d'accord avec les faits.

C'est dans Alibert que l'on trouve décrits les premiers cas certains de séborrhée et classés sous la dénomination de *varus comedo* et *varus sebaceus* avec des comédons simples, avec les comédons des nouveau-nés. Les opinions d'Alibert sur l'origine de la graisse sont encore très imparfaites et reposent surtout sur les recherches primitives de ses élèves et celles du professeur Eichhorn, de Göttingue.

Rayer a, le premier, reconnu une maladie fonctionnelle des glandes sébacées sous le nom de *flux sébacé* dont il distingue deux formes. Le *flux sébacé* de Rayer diffère complètement du *varus sébacé* d'Alibert.

Bielt distingue également deux états différents de la peau qu'il attribue à une inflammation des follicules et qu'il donne comme une quatrième variété d'acné. Ce rapprochement de la séborrhée et des inflammations de la peau, notamment de l'eczéma, constitue déjà un progrès important, plus important que le classement tout artificiel des diverses formes d'acné. Bielt exclut, d'ailleurs, de son acné sébacée le pityriasis du cuir chevelu des nourrissons et les dépôts de matière sébacée chez les vieillards. L'un des cas de la clinique de Bielt, rapporté par Cazenave et Schedel, s'étendait à tout le corps et doit être regardé, d'après Unna, comme un eczéma séborrhéique généralisé et nullement comme un *flux sébacé* purement fonctionnel au sens de Rayer.

Avec Fuchs, la séborrhée devient, sous le nom de séborrhagie, un genre de maladie spécial, formant, avec le comédon, la cinquième classe des maladies sécrétoires simples de la peau. Le pityriasis du cuir chevelu des nourrissons est donné comme un deuxième genre sous le nom de séborrhagie des nouveau-nés.

Dans l'ouvrage d'Erasmus Wilson se trouve déjà une séparation des anomalies fonctionnelles en trois subdivisions : accroissement (stéatorrhée simple), diminution (xerodermie), et altération de la sécrétion. Dans cette dernière, il range la stéarrhée *flavescens*, la stéarrhée *nigricans* et l'ichthyose. Ce que l'on trouve d'entièrement nouveau dans Wilson, c'est la stéarrhée *nigricans*. La séborrhée *flavescens* correspond tout à fait au degré élevé du *flux sébacé* de Rayer et la stéarrhée simple est identique à la forme légère du *flux sébacé*. De même que Rayer, Wilson n'oublie pas de signaler les sensations subjectives qui précèdent et accompagnent la séborrhée. Il y a encore un progrès à noter dans l'œuvre de Wilson, c'est qu'il ne regarde plus la sécrétion huileuse et les

dépôts sébacés comme des modifications quantitatives d'un seul et même produit glandulaire, mais comme des modifications qualitatives. Le produit normal des glandes sébacées étant huileux pour lui, il en conclut logiquement que la sécrétion consistante, analogue au cerumen, est anormale; où il se trompe, c'est quand il regarde la sécrétion huileuse comme le produit normal des glandes sébacées et le sebum comme un produit pathologique.

Bärensprung abandonne déjà cette distinction, mais, le premier, il signale la nature cornée des squames sébacées. De là à l'idée que les incrustations sébacées ne sont que des squames cornées ordinaires très grasses, il n'y avait qu'un pas; Bärensprung ne l'a pas fait.

H. Zeissl, dans la première édition de l'ouvrage d'Hebra, fait remarquer que Krause n'a pas donné la preuve positive que les glandes en peloton sécrètent la sueur et que Rainey regarde les glandes sudoripares de la paume de la main comme étant aussi des glandes adipeuses. Mais Zeissl n'a tiré parti de ces observations que pour la pathologie et, en général, il reste en arrière de Bärensprung et de Wilson au point de vue de l'observation personnelle. Par contre, on trouve, pour la première fois, une bonne classification de toutes les formes de séborrhée.

Dans la deuxième édition de son ouvrage, F. Hebra s'est occupé lui-même de ce chapitre et lui a fait subir diverses modifications dont la plus importante est d'avoir rangé parmi les séborrhées le pityriasis capitis (Willan), et le pityriasis tabescentium, car il est souvent très difficile de différencier cliniquement la séborrhée et le pityriasis. Il expliquait ce fait par la structure normale de la sécrétion des glandes sébacées et s'appuyait sur un passage de Virchow (*Geschwülsten*, tome I, page 216), dans lequel il est dit que la substance athéromateuse présente surtout le caractère épidermique et sur la description de Kölliker (*Mikrosk. Anat.*, tome II, page 188), d'après laquelle les cellules sébacées sont comparables aux cellules cornées de l'épiderme et la formation de la matière sébacée de la peau à celle de l'épiderme. Tandis que Wilson s'était efforcé d'effacer les limites entre la séborrhée et les éruptions squameuses, en regardant les squames de l'ichthyose comme des squames presque uniquement sébacées et rangeant, par suite, l'ichthyose ordinaire parmi les séborrhées, Hebra, s'appuyant sur des données histologiques plus approfondies, expliquait l'identité des formes de pityriasis avec les séborrhées, par la prédominance des cellules cornées dans les deux affections. Dans sa définition clinique, Hebra ne parle pas de la proportion relative des cellules adipeuses et cornées et n'indique pas les glandes sébacées comme le point de départ de la maladie.

Hebra ayant reconnu, après Bärensprung, la présence d'un grand

nombre de cellules cornées dans les squames de la séborrhée et leur teneur en graisse comme moins importante au point de vue histologique qu'au point de vue clinique, on pouvait s'attendre à ce qu'il séparât complètement la séborrhée huileuse simple des séborrhées sèches (pityriasis). Il ne l'a pas fait et en cela il a moins bien observé que Wilson. Pour lui, les sécrétions huileuse et sèche sont une affection identique sous une forme différente ; d'abord parce qu'on observe les deux genres sur le même individu — ce qui ne prouve pas leur identité ; ensuite parce qu'on voit le passage progressif de la forme huileuse à la forme sèche, ce qu'il a oublié de démontrer. Cependant Hebra ne croyait pas à la transformation spontanée de la sécrétion huileuse en sécrétion sèche, car il sait que les squames doivent leur texture à la grande quantité des cellules cornées. Il pouvait expliquer ce passage par une augmentation progressive des cellules cornées ou par une plus forte kératinisation des cellules sébacées avec diminution relative de la proportion de graisse ; mais il n'a même pas soulevé ces questions.

Enfin, en troisième lieu, l'examen clinique et microscopique des deux formes montrerait toujours les mêmes éléments, des cellules épidermiques imprégnées de gouttelettes de graisse. D'après Unna cette affirmation est complètement fautive ; dans les cas de séborrhée huileuse pure de la face, qu'il a observés rarement à l'époque de la puberté chez des jeunes gens, il n'a vu que des gouttes de graisse en suspension dans un liquide clair, séreux, analogue à la sueur, avec des squamules isolées comme sur les parties saines de la peau, et pas de cellules sébacées ni de couches cohérentes de cellules cornées ; c'était simplement un degré plus prononcé de la transpiration grasse de la paume des mains, une sécrétion abondante des glandes sudoripares, mêlée à la sécrétion normale du corps papillaire, le mélange étant naturellement plus huileux que la sueur habituelle, qui est surtout aqueuse.

Cet état caractérisé par l'aspect gras de certaines parties de la peau, notamment du front, du nez et des joues n'est toujours qu'une simple hyperidrose — en entendant par là une sécrétion exagérée des pores sudoraux — ou hyperidrose huileuse de la face, si l'on veut indiquer la part prédominante des glandes sudoripares et de la graisse. C'est de l'hyperidrose des mains que cette affection se rapproche le plus. Cette hyperidrose huileuse coexiste souvent avec l'acné et parfois aussi avec une incrustation de squames sébacées, mais les cas simples sont les plus instructifs. Les résultats erronés d'Hebra tiennent à ce qu'il n'a examiné que des cas complexes de ce genre, ce qui l'a empêché de séparer complètement la forme huileuse des formes sèches et de reconnaître l'origine véritable de la première.

Sous le nom de séborrhée sèche, Hebra comprenait des affections géné-

rales et des affections locales de la peau. Parmi les affections générales, outre le vernix caseosa, il cite le pityriasis tabescentium et — avec beaucoup de réserve — l'ichthyose congénitale sous le nom d'ichthyose sébacée des nouveau-nés, car, dit-il, ici aussi le tissu corné de l'épiderme renferme beaucoup de graisse de la peau. Comment Hebra a-t-il pu comprendre ce kératome malin, généralisé, du fœtus parmi les séborrhées généralisées qu'il donne comme étant toujours bénignes ? Cette affection est précisément celle qui pouvait le mieux lui ouvrir les yeux sur la nature de la sécrétion des glandes sudoripares, car ici elle est arrêtée et se présente sous l'aspect d'une simple matière grasse et Kyber a montré que, dans cette maladie, les glandes sébacées sont atrophiées, tandis que les glandes sudoripares sont parfaitement conservées et ont leurs conduits excréteurs très développés.

Nous avons affaire ici à un kératome diffus, à une hyperkératose congénitale et il ne reste comme séborrhées sèches généralisées que le vernix caseosa et le pityriasis tabescentium.

Parmi les affections locales, Hebra rangeait encore le pityriasis du cuir chevelu des nouveau-nés (qu'il a déjà placé dans la forme huileuse), puis le pityriasis de Willan, la stearrhée flavescens et nigricans de Wilson, la séborrhée consécutive à la variole, l'érysipèle, et enfin le smegma du prépuce et du gland. Kölliker regardait cette dernière affection comme due principalement à l'exfoliation de l'épiderme et sans grand rapport avec la sécrétion des glandes de Tyson.

En résumé, pour Hebra, toutes les séborrhées étaient simplement des anomalies de sécrétion malgré la présence de cellules cornées dans les squames.

La période qui suit l'apparition de la deuxième édition de l'ouvrage d'Hebra est caractérisée par l'acceptation aveugle des principes posés par cet auteur et l'oubli des travaux de physiologistes et d'anatomistes éminents. Dans la première période, trois questions avaient été soulevées et avaient reçu des réponses très différentes.

1° La séborrhée huileuse est-elle une affection absolument identique à la séborrhée sèche ?

Wilson avait eu une vue exacte en séparant complètement les deux affections. L'autorité d'Hebra fit disparaître toute différence clinique.

2° Les dépôts séborrhoïques consistent-ils essentiellement en graisse ou en squames cornées ?

Hebra a montré qu'il y a constamment un mélange de graisse et de cellules cornées, contrairement à l'opinion de Wilson ; il n'attache aucune importance à la proportion relative de ces deux éléments car il les regarde tous les deux comme des produits des glandes sébacées.

3° La séborrhée est-elle une anomalie purement fonctionnelle ou bien

comprend-elle des processus inflammatoires et spécialement eczémateux ?

Cette question avait été soulevée par Cazenave et aurait peut-être été tranchée ultérieurement en faveur de la deuxième hypothèse, mais l'accord de Rayer, Wilson et Hebra fit rejeter définitivement les processus inflammatoires et la séborrhée sèche fut regardée comme un simple trouble fonctionnel.

Quant à la l'origine des séborrhées des genres les plus divers, tous les auteurs la plaçaient sans hésitation dans les glandes sébacées. De là une grande simplicité mais toute artificielle et ne tenant pas compte des recherches histologiques. Les différences ne portaient que sur des points secondaires. Tandis que Liveing identifie, comme Hebra, la séborrhée et le pityriasis capitis, Tilbury Fox s'en tient à l'opinion régnante en Angleterre et sépare les deux affections.

Relativement à la troisième question, Bohn signale l'eczéma comme une complication fréquente; tandis que Kaposi et Behrend attribuent l'eczéma intercurrent à l'irritation hypothétique produite par l'exsudat décomposé. Tilbury Fox dit que la séborrhée des enfants provoque l'eczéma et qu'une certaine séborrhée de la face, chez les adultes, ressemble à l'eczéma. Du reste, le diagnostic différentiel de l'eczéma et de la séborrhée est toujours donné de façon à paraître une chose de peu d'importance.

C'est à Pohl-Pincus, dans son remarquable travail sur l'alopécie pityrode, que l'on doit la première étude anatomo-pathologique sur la séborrhée capitis, c'est lui aussi qui a fait les premières pesées exactes des matières grasses et cornées dans les squames séborrhoïques. Les recherches d'Unna confirment les résultats obtenus par Pincus; il a trouvé un tiers en moyenne de cellules cornées. Pincus conclut toutefois que l'opinion d'Hebra est exacte et que les squames séborrhoïques sont essentiellement constituées par la sécrétion des glandes sébacées; cependant, la proportion de matière cornée lui paraît assez importante pour justifier le nom de pityriasis adopté par Willan.

Malassez et Piffard vont plus loin. Malassez, après avoir dégraissé avec soin les squames du pityriasis capitis, n'a observé, avec les champignons qu'il regarde comme importants, que des cellules cornées se distinguant par leur vacuolisation particulière, et pas de cellules de glandes sébacées. Piffard a confirmé les résultats de Malassez et figuré ces cellules cornées. En outre, Malassez — à côté d'une hypertrophie des glandes sudoripares — a trouvé les glandes sébacées non augmentées ni en nombre ni en volume, mais atrophiées en partie dans la troisième période de la maladie. Puis il a montré que les bouchons fermant l'entrée des follicules étaient constitués par une couche cornée traversée par des champignons et non par la sécrétion des glandes sébacées. Piffard con-

clut de là que l'opinion d'Hebra est erronée, qu'en réalité il n'y a pas une hypersécrétion des glandes sébacées, mais bien une diminution et que le pityriasis capitis ne doit pas être confondu avec la séborrhée. Par suite, il ne décrit, sous le nom d'acné sébacée, que la séborrhée huileuse, bien qu'il admette que sa sécrétion se dessèche sous forme d'une croûte mince.

La conclusion de Piffard, dans ce qu'elle a de vrai, ne s'appuie, d'après Unna, que sur l'absence d'hypertrophie des glandes sébacées et sur leur atrophie partielle ultérieure, car l'examen des squames cornées dégraissées ne permet de conclusions positives ni sur la proportion de graisse, ni sur son origine et un disciple d'Hebra aurait pu dire que les cellules cornées vacuolisées étaient des cellules sébacées privées de graisse.

Van Harlingen avait déjà affirmé, deux années auparavant, que la séborrhée de la tête ne présentait pas des amas d'exsudat des glandes sébacées, mais des squames cornées seulement plus grasses que d'ordinaire. Il revint sur cette question et étudia comparativement les cellules cornées et les cellules des glandes sébacées. Ne soupçonnant pas que l'on trouve aussi la graisse de la peau dans la sécrétion des glandes sudoripares, il fit choix pour cet examen de la partie moyenne et inférieure des comédons après expression de leur contenu, puis de la sécrétion enlevée par le raclage d'une séborrhée huileuse et enfin des squames grasses provenant d'une séborrhée sèche du thorax et du dos. Cette dernière région est très mal choisie pour recueillir la sécrétion pure des glandes sébacées ; il peut y avoir en même temps des cellules cornées, des cellules de glandes sébacées et la sécrétion des glandes sudoripares. Obtenue par le raclage, la sécrétion de la séborrhée huileuse peut contenir des cellules de glandes sébacées. Il ne reste donc comme probant que le contenu des comédons. Mais la façon de procéder de van Harlingen laisse subsister bien des doutes, et ses résultats ne sont pas très démonstratifs. Il n'en a pas moins eu le mérite d'avoir ouvert la voie.

Duhring distingue les formes huileuse et croûteuse de la séborrhée ; il admet bien des formes mixtes, mais en tant seulement que la forme huileuse affecte la face et la forme sèche le cuir chevelu. En outre, il décrit les symptômes objectifs et subjectifs de l'inflammation qui accompagne, non toujours, mais fréquemment la séborrhée sèche ; d'après lui, le prurit et la douleur sont parfois considérables.

Enfin, il décrit, pour la première fois avec détails, la forme élémentaire de la séborrhée sèche des régions sternale et interscapulaire.

Dans ses notes, Barthelémy rejette l'admission du smegma préputial, du vernix caseosa et du pityriasis capitis, parmi les séborrhées proprement dites. Il fait remarquer avec raison que, chez le fœtus, les glandes

sébacées sont encore rudimentaires et en très petit nombre sur le prépuce, et qu'il s'agit de masses épithéliales désorganisées et en dégénérescence graisseuse. Le pityriasis capitis n'est pour lui qu'une affection catarrhale du cuir chevelu et il reconnaît que les glandes sudoripares sécrètent de la graisse.

Auspitz sépare complètement aussi le pityriasis de la séborrhée, mais il admet une séborrhée croûteuse à côté de la séborrhée huileuse. Michelson se range aussi à l'avis de Pincus.

C'est Schuchardt qui a publié le travail le plus complet sur cette question (Contribution à l'étude du carcinome, *Thèse*, 1885), dans lequel il expose ses recherches personnelles sur les carcinomes séborrhagiques de la peau, décrits pour la première fois par Volkmann. Ils se développent chez des vieillards des classes inférieures, à la suite de la production de squames et de verrues séborrhoïques. Les squames se détachent difficilement et laissent une surface excoriée saignante; il ne s'agit donc nullement de la sécrétion des glandes sébacées. L'examen microscopique d'une tache de ce genre, non encore carcinomateuse, est intéressant. La couche cornée est uniformément épaisse, en partie lâche, en partie condensée en masses cornées dures. Les glandes sébacées étaient normales, les orifices des follicules bouchés et dilatés par des masses cornées fermant visiblement la voie à la sécrétion des glandes sébacées.

Il y avait, en outre, une infiltration de la peau et notamment du corps papillaire par des petites cellules. Schuchardt conclut de là que la séborrhée sèche n'est pas une affection limitée aux glandes sébacées, mais compliquée de parakératose générale. Cependant, il croit qu'il faut chercher le point de départ de l'affection dans l'anomalie de la sécrétion des glandes sébacées, bien qu'il n'ait trouvé aucune anomalie primitive de la sécrétion, aucune parastéatose et qu'il dise que la sécrétion normale est simplement retenue par la parakératose de l'orifice des follicules pileux.

Unna termine son travail par l'énumération des questions préliminaires à résoudre pour se rendre un compte exact de la nature de la séborrhée. Ces questions sont les suivantes :

1° En quoi se distingue histologiquement une cellule sébacée en dehors de la glande d'une cellule cornée grasse ?

Il faudrait rechercher d'abord si les cellules des glandes sébacées détachées ont ou non une enveloppe cornée. Une fois les différences reconnues, il resterait à savoir si les enveloppes vides se laissent toujours et sûrement distinguer des cellules cornées. S'il en est ainsi, ce qui est probable, ce résultat servirait à élucider la question suivante :

2° D'où provient la partie cellulaire des produits de toutes les affections séborrhoïques ?

Toutes ces affections doivent être examinées à part, sans conclure de l'une à l'autre et à l'aide de méthodes uniformes pour chaque cas.

3° D'où provient la partie grasse de toutes les séborrhées sèches, inflammatoires ou non ?

Unna recommande de ne pas commencer ces recherches sur des préparations conservées dans l'alcool ou l'éther, lesquelles ne peuvent être utilisées tout au plus qu'à titre complémentaire. L'essentiel est de trouver une méthode permettant de conserver toute la graisse dans la préparation jusqu'au montage de la coupe.

4° D'où provient la graisse de la séborrhée huileuse ou mieux de l'hyperhidrose huileuse ?

Ici, il faut principalement tenir compte des recherches cliniques, jointes aux nécropsies et aux zoopsies.

5° Existe-t-il, d'une manière générale, une séborrhée sèche ou pityriasis sans aucuns symptômes inflammatoires ?

Cette question ne peut être élucidée que par des nécropsies et des zoopsies, et — si l'on exclut le vernix caseosa — elle le sera, d'après Unna, d'une manière négative.

6° Existe-t-il en général une hypersécrétion fonctionnelle simple des glandes sébacées, et présente-t-elle les symptômes d'une séborrhée ?

Il faudrait reprendre avec une méthode meilleure les recherches de van Harlingen. Jusqu'ici, une affection de ce genre n'a été observée nulle part. Les productions kystiques n'appartiennent naturellement pas à l'hyperstéatose fonctionnelle pure.

7° Y a-t-il une hypersécrétion fonctionnelle simple des glandes sudoripares, et présente-t-elle les symptômes d'une séborrhée ?

Pour Unna, il est à peu près certain qu'une hypersécrétion des glandes sudoripares (hyperhidrose huileuse) explique complètement tous les phénomènes de la séborrhée huileuse de l'adulte et du vernix caseosa, l'une des formes de la séborrhée sèche chez le fœtus et le nouveau-né.

A la solution des propositions ci-dessus se rattachent les trois questions ci-dessous.

8° L'examen histologique révèle-t-il une inflammation des glandes sudoripares dans les séborrhées sèches ?

9° S'il en est ainsi, à quoi tiennent les phénomènes inflammatoires ?

10° La même cause peut-elle expliquer l'inflammation superficielle avec parakératose consécutive, c'est-à-dire le complexus morbide du catarrhe graisseux, de la parakératose séborrhéique ?

Ces questions résolues, on aurait des connaissances positives sur cette classe de dermatoses.

A. DOYON.

II.—L'auteur fait remarquer que la seule classification vraie des mala-

dies de la peau est celle qui consiste à les diviser suivant leur origine en constitutionnelles et locales. La façon dont la peau réagit en présence de ces deux ordres de causes varie suivant sa disposition actuelle, disposition qui dépend de l'hérédité, des maladies antérieures, de l'état des fonctions de la nutrition et de l'innervation. La prédisposition aux éruptions qui dépend de la période de la vie où l'on se trouve est surtout fonctionnelle, elle existe par perversion, diminution ou excès; celle qui dépend de l'hérédité ou qui est acquise est surtout liée à la structure même de l'organe. Voici en partant de ces principes les divisions que l'auteur établit dans l'eczéma.

Groupe I. — Renferme l'eczéma du jeune âge, alors que la peau est très sensible et a une grande activité fonctionnelle.

Groupe II. — Renferme des eczémas souvent étendus et suintants, puis secs et tendant à se localiser vers les extrémités inférieures; ils sont souvent récurrents et s'observent chez des personnes à vitalité diminuée. La peau mince, sèche, papyracée, a de la tendance à desquamer; la sécheresse étant proportionnelle à la durée de la maladie et à la sénilité des tissus.

Groupe III. — Renferme des eczémas humides, récidivants, chez les femmes arrivées à l'âge moyen de la vie. D'après l'auteur les éruptions qui rentrent dans cet immense groupe n'ont d'ordinaire aucun rapport avec la diathèse goutteuse.

Elles se montrent chez les personnes bien portantes sous l'influence de la chaleur, des frictions, des contacts humides. Elles sont tout d'abord suintantes et enflammées, s'étendent sur de larges surfaces, et varient beaucoup d'aspect suivant les périodes. Les excès de table et les émotions morales augmentent l'intensité des symptômes. Elles n'envahissent d'ordinaire ni les mains ni les pieds. Les eaux sulfureuses semblent leur convenir.

Groupe IV. — Renferme des eczémas secs localisés chez les femmes arrivées à l'âge moyen de la vie. L'éruption dans ces cas affecte surtout les mains: d'abord suintante, elle devient bientôt sèche, chronique, souvent fissurée et des plus rebelles. Dans 10 cas sur 18 l'auteur a constaté la présence certaine de la goutte dans la famille.

Groupe V. — Renferme des eczémas tendant à se localiser et à devenir secs chez des hommes présentant presque toujours une constitution goutteuse. Ce groupe diffère un peu du précédent, d'après l'auteur, en ce que dans le groupe IV la diathèse goutteuse n'est qu'une disposition héréditaire et l'eczéma en est la seule manifestation; ici la goutte existe en activité chez le malade et l'eczéma peut coïncider ou alterner avec d'autres manifestations morbides.

Évidemment cette tentative de classification des eczémas n'est encore

qu'une ébauche. Cependant nous y notons avec la plus vive satisfaction cette idée, des plus justes, d'après nous, soutenue depuis longtemps par la vieille école française, que l'eczéma peut être l'expression pure et simple d'un état constitutionnel.

L. B.

III. — La communication du Dr Drury et la discussion à laquelle elle a donné lieu à l'Académie de médecine renferment quelques statistiques assez intéressantes. Les formes érythémateuses, papuleuses et vésiculeuses de l'eczéma s'observent fréquemment chez les enfants pendant l'été. On n'a pas vu d'enfant présenter de l'eczéma en venant au monde ; mais Bulkley a observé cette affection chez un sujet qui n'avait que 4 semaines. Sur 3,000 cas d'eczéma vus par ce dernier auteur, 676 (près du quart) étaient des enfants âgés de moins de 5 ans : 363 étaient des garçons et 313 des filles. Sur 5,000 cas observés en douze ans, par White, au Massachusetts general Hospital, 1,890 étaient des enfants de moins de 10 ans, et 1,488, c'est-à-dire près de 30 0/0, étaient âgés de moins de 5 ans. L'auteur passe en revue toutes les circonstances qui expliquent cette fréquence de l'eczéma dans le jeune âge : l'enfant protégé dans l'utérus est brusquement exposé à toutes les causes d'irritations ; sa peau est appelée à fonctionner : le plus souvent on semble multiplier comme à plaisir les contacts irritants, onctions avec des graisses ou des huiles rances, nettoyages imparfaits avec des savons caustiques et enveloppements avec des linges et des couvertures trop rudes, trop serrés et trop chauds, parfois imparfaitement purifiés et souillés de déjections. Il s'élève surtout contre l'habitude déplorable enracinée dans l'esprit des populations, aussi bien en Amérique qu'en France, qui consiste à respecter la crasse qui se forme sur la tête des enfants : elle arrive bientôt à constituer une couche épaisse qui est une cause d'irritations continuelles pour le cuir chevelu sous-jacent et peut devenir le point de départ d'eczémas rebelles de la tête.

Chez les enfants, la maladie revêt presque toujours la forme érythémateuse ou papuleuse ; sous l'influence des frottements et des grattages constants auxquels la peau est exposée, elle s'excorie très vite, et l'éruption devient de l'eczéma madidans, moins souvent de l'eczéma vésiculeux ou pustuleux. Les formes les plus aiguës s'accompagnent d'une certaine infiltration des téguments après une courte durée ; dans les cas rebelles, l'épaississement du chorion devient considérable. Pour prévenir les conséquences fâcheuses du prurit toujours intense et des grattages, l'auteur recommande d'envelopper soigneusement les parties malades, de se servir même de masques solidement attachés pour la figure. Pour arriver à triompher de ces éruptions, il conseille avant tout de surveiller le régime et l'état du tube digestif. Au point de vue du traitement local, il entre

dans d'assez grands détails, mais ne propose aucune méthode thérapeutique vraiment nouvelle.

Dans la discussion qui a suivi la communication précédente, le Dr Stewart a donné les statistiques suivantes : Sur 1,550 cas de maladies d'enfants traitées depuis le 1^{er} octobre 1883 au 1^{er} juillet 1886, à la Children's clinic of the medical College de l'Ohio, on a observé 63 cas d'eczéma, soit environ 4 0/0. Sur ces 63 enfants, 12 avaient moins de 6 mois, 8 avaient de 6 mois à 1 an, 8 de 1 an à 2 ans, c'est-à-dire près de la moitié avaient moins de 2 ans : le tableau complet montre que le nombre de cas décroît avec rapidité en même temps que l'âge s'élève. Au point de vue de l'étiologie de l'eczéma dans le bas âge, les statistiques du Dr Stewart sont peu intéressantes ; on y trouve signalés : la scarlatine, 1 fois ; les poux, 3 fois ; les inflammations de l'oreille, 3 fois ; les brûlures, 2 fois ; la furonculose, 2 fois ; la vaccination, 2 fois, etc. Jamais l'auteur n'a trouvé de bacille de la tuberculose dans les sécrétions eczémateuses des enfants. Il n'a pas vu coïncider la tuberculose, soit localisée, soit généralisée, avec l'eczéma : sur les 63 enfants atteints de cette dernière affection, 3 seulement étaient rachitiques ; 1 seul avait des adénites, 1 seul était syphilitique. On peut donc en conclure, ajoute l'auteur, que l'eczéma n'a absolument aucune relation chez les enfants avec les trois grandes maladies qui les déciment, la tuberculose, le rachitisme et la syphilis.

Quant à la localisation de l'eczéma chez les enfants, voici le relevé des 63 cas : tête seule, 18 fois ; tête et face, 9 fois ; face seule, 16 fois ; oreilles et région auriculaire postérieure, 8 fois ; cou, 1 fois ; fesses et parties génitales, 2 fois ; le corps entier, 4 fois ; tronc seul, 1 fois ; extrémités supérieures, 2 fois ; extrémités inférieures, 2 fois. En somme, l'extrémité céphalique a été prise 51 fois sur 63 cas, c'est-à-dire environ dans 80 0/0 de cas observés.

L. B.

IV.— L'auteur, ayant eu à traiter un eczéma chronique des doigts chez une dame et n'ayant réussi avec aucun des moyens ordinaires, lui fit faire chaque jour sur les points malades un badigeonnage avec la solution suivante : permanganate de potasse, 64 centigrammes ; eau, 31^{er}, 25.

Sous l'influence de ce traitement, la maladie disparut entièrement en douze jours. Quelque temps après, ayant à soigner chez une jeune femme un eczéma des lèvres que plusieurs pommades n'avaient pu améliorer, il lui fit faire des applications avec un pinceau de blaireau imprégné de la solution suivante : permanganate de potasse, 32 centigrammes ; eau, 31^{er}, 25. (Solution au centième.) En 15 jours, il obtint la guérison. Il a également employé avec succès cette dernière formule chez un enfant d'un an, atteint d'un eczéma de la joue et de l'oreille.

L. B.

V. — La première observation a trait à une femme de 54 ans, diabétique depuis deux ans, qui entra dans le service du professeur Fournier pour un eczéma vulvaire et périvulvaire très prurigineux ; il existait en outre une véritable leucoplasie sur les grandes et les petites lèvres ; l'urine renfermait 360 grammes de sucre par 24 heures. Le traitement local et le traitement général amenèrent rapidement une diminution notable de l'affection cutanée, qui s'amendait en même temps que la quantité du sucre urinaire s'abaissait.

La deuxième observation concerne un homme de 46 ans qui, à la suite d'une érosion superficielle de la verge, vit apparaître une plaque de sphacèle qui s'étendit pendant cinq jours et produisit une fistule uréthro-pénienne. L'urine renfermait 154 grammes de sucre par jour. La guérison fut rapide ; mais, quelques jours plus tard, une plaque de sphacèle, également consécutive à une érosion superficielle et banale, se produisit à la jambe droite et guérit également rapidement.

GEORGES THIBIERGE.

V bis. — Le traitement que propose l'auteur doit être réservé, dit-il, à ces cas d'eczémas fort rebelles qui, malgré un traitement local et un traitement général rationnels, récidivent sans cesse, lassant à la fois la patience du malade et du médecin. Le malade chez lequel il l'a tout d'abord essayé était un homme de 56 ans sujet à la constipation, mais autrement d'une excellente santé générale, et atteint depuis trois ans d'un eczéma des mains et de la figure qui l'empêchait de travailler. Partant alors de ce principe qu'une manifestation cutanée aussi rebelle devait tenir à une névrose vaso-motrice et qu'il fallait essayer d'agir sur les centres vaso-moteurs, l'auteur badigeonna la nuque avec un liquide épispastique : les squames qui la recouvraient empêchèrent tout effet utile de se produire ; il les fit tomber, puis il fit une nouvelle application qui fut suivie d'une complète vésication. Il y avait à craindre une violente poussée aiguë, elle ne se produisit pas, et le malade se sentit beaucoup mieux. Il continua d'abord à s'améliorer, mais une rechute devint bientôt imminente, et l'on appliqua un nouveau vésicatoire : celui-ci n'arrêta pas l'éruption, qui se produisit quand même ; mais les démangeaisons furent beaucoup moins vives ; la poussée ne dura que peu de temps, puis le malade continua à mieux aller et il put travailler pendant cinq mois.

Encouragé par le résultat précédent, Radcliffe Crocker employa cette méthode dans d'autres cas, et il fit usage d'autres irritants moins énergiques que le vésicatoire, tels que les cataplasmes de montarde ou les sinapismes en feuilles. Il cite un cas d'eczéma des jambes, des bras et de la face chez un homme de 60 ans, un cas d'eczéma du scrotum qu'il

a pu amender par ces moyens. Il les a même employés dans des cas d'eczéma aigu ; chez une dame de 40 ans, de forte corpulence, qui avait un eczéma aigu du visage et des avant-bras avec tuméfaction, rougeur et suintement abondant, les phénomènes d'irritation étaient des plus marqués : il lui fit faire des applications de sinapismes en feuilles sur la nuque ; le prurit diminua dès la nuit suivante, et, dès le lendemain, la rougeur et la tuméfaction commencèrent à décroître. Il ne se produisit aucune irritation au point que l'on avait sinapisé.

L'auteur fait varier l'endroit où il applique le révulsif suivant la région atteinte : c'est ainsi que lorsque le visage seul est intéressé, il le place derrière les oreilles ; lorsque la figure et les avant-bras sont pris, sur la nuque, lorsque ce sont les jambes et les parties génitales qui sont envahies, sur la région lombaire ; s'il n'y a qu'une seule jambe d'atteinte, sur l'origine du nerf sciatique.

Les résultats qu'il a obtenus ont été plus ou moins complets ; mais il a presque toujours réussi à calmer par ce moyen le prurit, et à permettre au malade de dormir au moins pendant la nuit qui a suivi l'application de la substance irritante et souvent pendant plusieurs nuits consécutives. Dans beaucoup de cas la rougeur et la tuméfaction des parties atteintes se sont beaucoup amendées. Jamais il n'a vu l'eczéma s'irriter à la suite de ces applications, même lorsqu'elles étaient faites sur les surfaces eczémateuses. Bien que dans un petit nombre de cas l'auteur n'ait obtenu par ce procédé aucun résultat utile, jamais il ne l'a vu aggraver l'affection : cependant il ne faudrait pas répéter trop fréquemment ces applications à de trop courts intervalles de temps. Cette méthode n'empêche d'ailleurs nullement de continuer les traitements ordinaires locaux et généraux. L'auteur conseille de commencer par employer des irritants inoffensifs tels que la chaleur sèche, par exemple d'appliquer une tuile chaude enveloppée de flanelle. Si l'effet utile n'est pas suffisant, on aura recours ensuite à des agents plus énergiques.

V^{ter}.—Le Dr Brooke, chargé du service des maladies cutanées à l'hôpital de Manchester et Salford, a déjà employé, sans connaître les recherches de Radcliffe Crocker, un traitement analogue au sien dans certains cas d'eczémas rebelles. Il cite les cas suivants : 1^o Jeune homme de 28 ans, syphilitique, atteint depuis plusieurs mois de poussées répétées d'eczéma papulo-vésiculeux sur la face dorsale des doigts et des mains : l'auteur crut à une influence trophique chez lui et il lui appliqua un vésicatoire sur la nuque. L'amélioration fut d'abord très marquée, mais il se produisit bientôt des rechutes. Il lui fit faire alors sur la région cervicale des frictions avec un mélange d'axonge et de moutarde : elles le soulagèrent, mais beaucoup moins que le vésicatoire. Depuis il

s'est bien trouvé de l'emploi d'un mélange d'ichthyol, de lanoline et d'eau de rose. — 2° Homme atteint d'un eczéma subaigu très rebelle du dos de la main gauche et de l'avant-bras ; il fut très rapidement soulagé par l'application d'un vésicatoire sur l'épine dorsale. — 3° Homme atteint de poussées fréquentes d'eczéma papuleux sur les bras et les jambes ; il fut amélioré par des frictions sur la colonne dorsale avec une préparation à la moutarde. Après les résultats publiés par le Dr Radcliffe Crocker, l'auteur est maintenant décidé à employer les vésicatoires dans les cas analogues.

Je ne saurais m'empêcher de faire remarquer, en terminant cette analyse, que dans nos campagnes les villageois ont l'habitude de mettre des vésicatoires à leurs enfants pour les guérir de leurs éruptions. Il est vrai qu'ils ne sont pas conduits à cette pratique par des théories sur les vaso-moteurs, et surtout qu'ils choisissent d'ordinaire moins scientifiques que le Dr Radcliffe Crocker les régions où ils doivent les appliquer, puisque d'ordinaire ils les mettent au bras gauche. Il n'en est pas moins vrai que le traitement des eczémas par les vésicatoires à distance est une méthode qui se perd chez nous dans la nuit des temps et de l'ignorance. Le Dr R. Crocker et Brooke ont le mérite de l'expliquer et de la rendre scientifique.

L. B.

VI. — Les recherches de l'auteur montrent qu'il existe dans le pempigus foliacé une altération profonde du système nerveux portant à la fois sur la moelle, sur les nerfs et les terminaisons nerveuses en même temps que sur les ganglions spinaux et sur ceux du grand sympathique.

Du côté de la moelle, cette altération réside principalement dans la région dorsale, elle se localise dans les cellules nerveuses des cornes postérieures, et consiste dans un processus d'atrophie avec destruction complète de l'élément cellulaire.

Les lésions des nerfs sont celles des diverses névrites : multiplication des noyaux de la gaine de Schwann, hypertrophie du protoplasma, atrophie de la gaine de myéline avec segmentation et disparition de celle-ci sur quelques points, atrophie du cylindre-axe.

Les lésions du système ganglionnaire sont moins accusées, quoiqu'elles existent dans beaucoup de cas.

L'auteur pense que l'altération débute dans les cellules des cornes postérieures de la moelle qui tiendraient sous leur dépendance les phénomènes trophiques du côté de la peau.

La cause première de ces lésions, quoique peu connue jusqu'ici, paraît imputable à des éléments infectieux d'origine parasitaire.

Ce mémoire, comme on le voit, mérite donc de tenir une place importante parmi les nombreux travaux qui ont paru depuis quelques années

sur les rapports qui existent entre les lésions du système nerveux et les dermopathies.

VII.— Cette leçon est basée sur l'observation d'une femme de 29 ans, hystérique avérée, ayant eu de grandes crises d'hystéro-épilepsie et atteinte de pemphigus occupant le membre inférieur gauche ; l'éruption consiste en bulles de dimensions considérables, siégeant à la face dorsale du pied, en haut de la jambe et en arrière au niveau du creux poplité, remplies de liquide citrin, entre lesquelles il y a des soulèvements épidermiques et des macules pigmentaires, indices d'éruptions antérieures ; en même temps, il existe une tuméfaction diffuse de la jambe et du tiers inférieur de la cuisse.

Cette éruption est apparue à l'âge de 18 ans, à la fin de la convalescence d'une fièvre typhoïde. Chaque poussée éruptive dure de quatre à cinq jours. Les poussées, d'abord irrégulières, survenant quelquefois à la suite d'émotions morales, devinrent de plus en plus fréquentes, et actuellement elles se succèdent à peu près régulièrement à chaque époque menstruelle. A mesure que les poussées augmentent de fréquence, les lésions anatomiques paraissent plus profondes, et, au lieu de cicatrices disparaissant rapidement, elles laissent maintenant des macules pigmentaires foncées.

GEORGES THIERGE.

VIII. — Pemphigus chronique classique développé chez une jeune femme à la suite de profondes perturbations nerveuses, et ne présentant guère, au point de vue clinique, que les deux particularités suivantes :

1^o Réapparition ou recrudescence de l'éruption à chaque époque menstruelle.

2^o Effet bienfaisant des bains tièdes aussi rapprochés que possible.

L'examen du liquide des bulles avec des colorations appropriées a démontré la présence de nombreux micrococci réunis en colonies ou groupes, deux à deux, comme dans la blennorrhagie. Des inoculations pratiquées sur des lapins sont restées sans résultat.

Les auteurs se demandent si l'on doit incriminer ici les microbes constatés dans les bulles, ou si l'on ne pourrait pas rattacher les lésions cutanées aux leucomaines résultant de modifications subites survenues dans les phénomènes de l'organisme.

En présence de l'origine infectieuse de cette maladie que les auteurs eux-mêmes n'hésitent pas à rattacher à une influence parasitaire ou à une auto-intoxication, il y a lieu de regretter que l'état des organes génitaux ne soit pas signalé dans l'observation.

La constatation dans le liquide des bulles d'éléments rappelant, par leur forme et leur disposition, le gonococcus de Neisser pourrait laisser

soupçonner une éruption symptomatique d'une infection blennorrhagique.

IX. — Depuis les premiers travaux sur ce sujet (*Archives of Dermatology*, octobre 1879) de nombreux mémoires ont été publiés sur la même question par Thin, Hallopeau, Lindsay, Besnier, Pellizari, van Harlingen, Morrow, Tilden, de telle sorte que l'histoire générale de ces éruptions peut être regardée comme faite. Le mémoire actuel de l'auteur a trait à un point particulier.

Cas I. — Le 15 mars 1886, on lui apporta une petite fille de belle apparence âgée de 7 mois; six semaines auparavant elle avait eu une fièvre de cause inconnue; trois semaines après, l'éruption qu'elle présente à l'heure actuelle débuta par le cou, puis envahit graduellement la face, le cuir chevelu, la région dorsale des mains et des avant-bras. Les lésions ressemblaient d'abord à de la varicelle, quelques-unes se desséchèrent rapidement, d'autres persistent et s'accroissent. Avant et après l'éruption, on avait administré l'iodure de potassium à la dose d'un grain. Les lésions sont constituées par des éléments isolés, blanchâtres ou d'un jaune rougeâtre, d'une grosseur qui varie de la grosseur d'un pois à celle d'une bille, durs, aplatis, légèrement ombiliqués. Le contenu de ces singulières productions morbides est épais, granuleux, d'une telle consistance qu'il ne s'écoule pas lorsqu'on rompt l'enveloppe. Il ne renferme aucune trace d'iodure de potassium. Sur la joue gauche, il n'existe qu'une seule lésion fort remarquable: elle a la même étendue que la section longitudinale d'un œuf de dinde, un peu aplatie, avec une étroite bordure rosée, et elle fait une saillie de six millimètres environ au-dessus des téguments. Elle résulte évidemment de la confluence de plusieurs lésions identiques à celles des autres parties du corps. On donne à la nourrice des toniques, et on panse l'éruption avec une poudre antiseptique. Deux semaines après, il ne restait plus qu'un peu de rougeur de la peau.

Cas II. — Le 4 février, l'auteur fut consulté pour un garçon de 15 ans de fort chétive apparence, et qui avait subi une opération du fémur droit. Il présentait une éruption de deux variétés d'éléments. Celui qui prédominait comme intensité était constitué par de vastes plaques annulaires et circonécées d'une teinte rouge-sombre, avec un centre plus ou moins indemne; dans quelques-unes, le centre n'était pas moins foncé, il était occupé par une plaque scarlatiniforme, infiltrée, surélevée, à contours assez nets, arrondis ou ovaires. Par places, la teinte de ces éléments était d'un brun foncé: cette teinte variait d'ailleurs lorsque le malade avait des convulsions hystéro-épileptiques. Ces plaques couvraient le tronc et les membres; leur diamètre variait de quelques centimètres à 50 centimètres et plus.

Il existait, en outre, çà et là, mais surtout sur les mains et les doigts, des bulles fort distinctes, du volume d'un pois ou d'une noisette, sans aréole, globuleuses, pour la plupart d'une couleur un peu bleuâtre, et contenant de la sérosité transparente. Les unes naissaient sur la peau saine, les autres étaient en relation avec les plaques érythémateuses circonécées.

Le malade avait pris un peu avant le début de l'éruption et depuis qu'elle avait commencé quinze grains d'iodure de potassium par jour. On supprima cette médication, l'éruption pâlit et s'effaça; elle se montra de nouveau dès qu'on eut repris l'usage de ce médicament aux mêmes doses. Dans ce cas on

retrouva l'iodure de potassium dans les urines, mais non dans le liquide des vésicules et des bulles.

Cas III. — En 1880, le Dr Hyde fut consulté pour un enfant de bonne constitution, âgé de deux ans, chez lequel un médecin de ses amis avait diagnostiqué une éruption de molluscum. La figure et les mains du petit malade étaient criblées de lésions variant comme grosseur de celle d'une bille à celle d'un œuf de pigeon, fermes, d'un rouge jaunâtre, légèrement ombiliquées, renfermant un contenu assez semblable à des graines de sagou. L'enfant avait pris de l'iodure de potassium ; la suppression seule du médicament suffit pour amener la guérison.

L'auteur s'appuie sur les cas précédents pour émettre l'opinion qu'à son avis l'ingestion de l'iodure de potassium peut produire trois types bien distincts d'éruptions bulleuses ou quasi bulleuses. Le premier type est caractérisé par des éléments purement et simplement bulleux. Les malades sont d'ordinaire avancés en âge, souvent nettement cachectiques, syphilitiques ou atteints de quelque autre grave maladie.

Le second type est caractérisé par une éruption polymorphe ; des bulles plus ou moins parfaites sont mêlées de papules, de tubercules, de plaques érythémateuses scarlatiniformes, etc...

Le troisième type, sur lequel le Dr Hyde appelle tout spécialement l'attention, a déjà été observé par Tilbury Fox chez un homme de 27 ans, par T. Colcott Fox chez un enfant de 8 mois. Tilbury Fox dit que dans son cas l'éruption n'était pas constituée par de vraies bulles ; elle était papuleuse au début, puis elle était formée d'éléments à base solide, les uns ressemblent à de l'acné simplex, les autres à des pustules varioliques, plus tard à de l'ecthyma ; les lésions rappelaient des tumeurs énormes de molluscum contagiosum qui auraient un contenu semi liquide. En d'autres points de son travail, il dit que ces lésions étaient des sortes d'excroissances papillomateuses, des productions fongueuses, blanchâtres, pultacées, etc... Or, chez les enfants dont le Dr Hyde publie les observations, les lésions étaient également constituées par des éléments demi-solides, assez nettement ombiliqués, renfermant une substance à moitié pultacée, semblable à des grains de sagou, variant comme coloration du blanc au jaune foncé. Il pense qu'il ne faut pas regarder cet aspect particulier de l'éruption comme dû à un stade de son évolution, mais qu'on doit en faire une forme à part, bien caractéristique, des lésions cutanées produites par l'iodure de potassium. Il est possible que cette variété si spéciale s'observe surtout chez les enfants ; cependant, le malade de Tilbury Fox était un adulte. L. B.

X.—G. G..., âgé de 25 ans, d'une constitution très robuste, avait eu il y a cinq ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui dura cinq ou six semaines, et laissa après elle une lésion mitrale. Le 21 mars 1885 il fut pris de douleurs dans les membres et de fièvre ; ces symptômes augmentèrent rapide-

ment d'intensité; il avait en même temps de l'insomnie et un peu de délire nocturne. L'auteur le vit le 25 mars; la température atteignait 102°,5 Fahr.; toutes les articulations des membres étaient gonflées et douloureuses, la transpiration était abondante; il n'y avait aucune éruption cutanée, sauf un peu d'acné sur le visage. Le Dr Benham prescrivit une purgation composée de calomel et de jalap et un mélange de salicylate de soude et de bicarbonate de soude à prendre toutes les heures. Le 26 mars, le malade souffrait moins et avait d'abondantes transpirations. Le 27 mars la température était de 101°,4 Fahr., les douleurs et la tuméfaction des articulations avaient presque complètement disparu, et la transpiration était toujours abondante, surtout au visage. On remarqua l'apparition d'une éruption toute particulière composée de papules coniques, larges, pâles, émoussées, de la grosseur d'un pois, situées sur la poitrine, la face dorsale des mains, la face interne des genoux, et au-dessus des chevilles. Peu à peu ces éléments éruptifs s'élargirent, s'aplatirent, s'étalèrent en quelque sorte et prirent une teinte d'un rouge vif: elles ressemblaient tout à fait à des éléments d'érythème papuleux. Même traitement.

Le 28 mars l'éruption avait gagné tout le corps; les éléments les plus volumineux avaient atteint les dimensions d'un shilling ou d'un florin; leur centre était presque normal, et il n'y avait plus qu'un anneau rouge périphérique. L'éruption était très prurigineuse. Sur la lèvre inférieure se voyaient des groupes de vésicules semblables à de l'herpès; vers l'oreille droite il y avait de grosses vésicules, et une bulle presque aussi volumineuse qu'un œuf de pigeon s'était montrée vers le coude droit; l'éruption était fort abondante sur le dos, l'abdomen, les cuisses, les genoux et même plus bas, mais elle avait presque entièrement disparu des mains. Les symptômes articulaires n'existaient plus. La température était de 101° Fahr.

Le 29, il ne s'était pas produit de papules nouvelles, mais on voyait beaucoup plus de vésicules volumineuses et irrégulières sur le visage, surtout au front. Elles ne reposaient pas sur une base enflammée et contenaient un liquide transparent. Sur le tronc, les cercles érythémateux étaient plus prononcés et formaient par confluence des éléments comme dans l'érythéma annulaire et gyratum. Le 30, la température était normale; il n'y avait plus aucun symptôme de rhumatisme. Il s'était produit quelques larges bulles irrégulières aplaties sur les papules les plus volumineuses des fesses, etc., quelques vésicules nouvelles s'étaient formées au visage, d'autres avaient séché, aucune n'était devenue une pustule.

A partir du 1^{er} avril on supprima le salicylate de soude et on le remplaça par de la quinine et de l'arsenic. Dès lors l'éruption s'arrêta dans son évolution. Le 4 avril les vésicules séchaient, quelques-unes crevaient en laissant des excoriations superficielles douloureuses; l'éruption générale n'apparaissait plus que comme une roséole. Cependant une large bulle persista pendant quelques jours à l'ombilic, et il s'en forma une sur les parties latérales de la langue. Le malade éprouva quelques douleurs rhumatismales aux doigts de la main gauche.

Le 5 et le 6 il se produit une nouvelle éruption de bulles volumineuses et irrégulières sur la cuisse droite, le genou droit et la fesse gauche. La température est de 100° Fahr.; le malade se sent très faible. Le 7 les douleurs rhumatismales reparaissent et on reprend le salicylate. Le 13 la température est redevenue normale; il se forme toujours des bulles sur les cuisses. Jusqu'au 20 il s'en produit de temps en temps; elles laissent aussi des exul-

cérations qui cicatrisent difficilement surtout aux pieds et aux fesses. Le malade resta ensuite à peu près bien pendant plusieurs mois, après quoi il eut une nouvelle attaque légère de rhumatisme.

D'après l'auteur, ce cas pourrait être considéré comme un exemple de ce que Bazin appelait l'hydroa : pourquoi ne pourrait-on pas le regarder, ajoute-t-il ensuite, comme un cas de pemphigus aigu ? Il n'y voit d'autre obstacle que des subtilités de dermatologistes qui sans doute en feront, dit-il, une sorte d'érythème bulleux, variété de l'érythème polymorphe.

Ce cas est réellement intéressant à plusieurs titres. Quand on en lit la relation, il semble au premier abord qu'il y ait un rapport étroit entre l'administration du salicylate de soude et l'apparition de l'éruption. A peine a-t-on administré ce médicament, en effet, qu'on voit les papules et les vésicules apparaître ; tant qu'on le donne il se forme de nouveaux éléments ; dès qu'on remplace le salicylate par la quinine l'éruption tend à disparaître. Faut-il cependant en faire une éruption purement médicamenteuse, exclusivement due au salicylate de soude ? Nous ne le pensons pas. Si les détails, peu précis d'ailleurs, contenus dans l'observation sont exacts, nous voyons en effet que le 6 avril, sans que le malade ait repris de salicylate, il s'est produit chez lui une nouvelle poussée de bulles. Tout porte donc à penser que l'éruption bulleuse n'a pas eu pour cause, au moins unique, l'administration du salicylate. Cependant les coïncidences signalées plus haut sont tellement frappantes qu'on ne peut s'empêcher de se demander si réellement le médicament n'est pas intervenu pour quelque chose dans la pathogénie de l'éruption.

Un autre fait extrêmement remarquable est la coïncidence de sueurs profuses fort abondantes et la disparition presque complète des symptômes généraux et articulaires dès que l'éruption s'est manifestée ; il est vrai que cette disparition peut être mise sur le compte du salicylate. On pourrait se demander s'il ne s'est pas agi dans ce cas d'une sorte de maladie infectieuse dont les symptômes articulaires et cutanés auraient été des manifestations et qu'il faudrait rattacher aux érythèmes polymorphes infectieux récemment décrits. Cette idée est à la rigueur soutenable : nous ne croyons pas devoir l'adopter, car le malade dont il s'agit est bien réellement un rhumatisant ; il est, dès lors, beaucoup plus logique de faire des phénomènes articulaires observés des manifestations pures et simples du rhumatisme articulaire aigu. On voit que ce cas est d'une interprétation des plus difficiles.

L. B.

XI.—Au cours d'expériences dans lesquelles ils irritaient le sciatique d'un chien au moyen d'une mèche imbibée d'une solution concentrée de chlorure de sodium, MM. Mathieu et Gley ont observé à plusieurs re-

prises de petites hémorragies interstitielles visibles seulement au microscope et occupant le derme et l'hypoderme : ils ont pu voir en certains points des amas de globules rouges, épanchés entre les faisceaux du tissu conjonctif et du tissu élastique, ou des trainées de globules rouges disposées de façon à constituer de larges mailles qui étaient peut-être formées par les capillaires anastomosés très dilatés; dans d'autres points, il y avait uniquement des dilatations vasculaires très nettes. Il n'y avait aucune lésion trophique visible à l'œil nu.

GEORGES THIBIERGE.

XII.—Homme de 23 ans, entré le 8 décembre 1885 à l'hôpital de Mustapha (service de M. Gémy), pour une blennorrhagie avec épидидymite droite, traitée par l'opiat. Le 14 décembre, un peu de fièvre; éruption de taches hémorragiques, du diamètre d'une lentille, réunies en grappes sur des plaques érythémateuses de la dimension d'une pièce de cinq francs, siégeant aux coudes, aux genoux, aux malléoles et à la face dorsale des pieds. Les jours suivants, il y a le soir une légère élévation de température (38°, 4, 38°, 39°); de vastes ecchymoses se montrent au bras droit, les mains sont tuméfiées. Le 18 décembre, hémoptysies très abondantes, vomissements bilieux et sanguinolents, prostration très grande. Les jours suivants, la température s'abaisse, les hémoptysies continuent moins abondantes; en même temps, les vomissements bilieux ne cessent pas, l'abdomen devient très douloureux et se ballonne, il y a des hoquets; le faciès est grippé; pendant ce temps, les plaques de purpura augmentent continuellement jusqu'à la mort, elles envahissent le nez et de vastes ecchymoses recouvrent les paupières supérieures, alors que sur les membres les taches occupent la face dorsale des mains, l'abdomen, l'articulation coxo-fémorale. Albuminurie. L'écoulement urétral s'est arrêté après l'apparition du purpura.

Mort le 22 décembre. A l'autopsie, congestion très vive de l'estomac et de l'épiploon, péritoine légèrement injecté et dépoli; foyer hémorragique au pyllore. Pus dans le canal déferent droit, abcès péri-urétral. Foyers hémorragiques sous-péricardiques.

Cette observation vient s'ajouter à quelques faits déjà publiés de purpura survenu dans le cours de la blennorrhagie; la gravité des phénomènes généraux et l'intensité des localisations infectieuses sont plus grandes que dans la plupart des faits antérieurement connus : à ce titre, cette nouvelle observation mérite une attention particulière.

GEORGES THIBIERGE.

XIII.—L'auteur fait remarquer l'extrême rareté de cette complication de la grossesse. Puech en a relaté deux cas, tous les deux terminés par la mort. Le Dr John Phillips vient d'en observer un troisième, qu'il publie, et dont voici le résumé.

Malade âgée de 32 ans, mère de six enfants, et tout près d'accoucher pour la septième fois. Toutes ses grossesses avaient été parfaites jusqu'à celle-ci;

mais depuis six mois elle avait supporté beaucoup de privations; le premier symptôme qu'elle remarqua fut du melena. Trois jours après elle s'aperçut que ses jambes étaient couvertes de plaques irrégulières d'un noir bleuâtre. Le lendemain matin elle eut des hémorrhagies par le nez et par la bouche; l'éruption cutanée avait augmenté. Ces phénomènes continuèrent jusqu'au sixième jour de sa maladie; le soir de ce sixième jour, son urine prit une teinte d'un rouge sombre, et il survint de légères douleurs, comme s'il y avait un commencement de travail.

La langue et les lèvres de la malade étaient sèches, brunâtres et craquelées; les gencives étaient pourpres et saignaient au moindre contact; la respiration était pénible. Température 98°, 4 Fahr. Pouls 124 par minute, faible et filant sous le doigt, mais régulier. L'orifice utérin était dilaté et avait déjà la dimension d'un shilling. On lui administra des toniques et du perchlorure de fer à l'intérieur.

Les jours suivants, 17 et 18 février, l'état parut s'améliorer un peu; cependant de nouvelles taches hémorrhagiques se formèrent sur les jambes; les gencives saignaient toujours et les selles étaient noires. Le 19, la malade accoucha d'une fille sans aucun accident. Le placenta présentait trois foyers d'hémorrhagie dont la formation pouvait remonter à deux ou trois jours. La guérison fut assez rapide.

L'auteur fait suivre cette observation de considérations sur le morbus maculosus Werlhofii et sur les purpuras en général. Il fait remarquer que dans la grossesse il faut incriminer dans la pathogénie des purpuras à la fois un élément nerveux et un élément vasculaire. Pendant les derniers mois de la grossesse, il se produit une diminution remarquable des globules rouges du sang et un accroissement notable de la fibrine; il y aurait de plus, d'après lui, un accroissement de la tension artérielle, grâce à l'hypertrophie du ventricule gauche. Il faut aussi tenir compte de l'état nerveux et de l'affaiblissement de la santé qui se produit pendant les derniers mois de la grossesse. La seule raison pour laquelle le purpura est si rare chez les femmes enceintes, c'est que leur sang contient de grandes quantités de fibrine. Lorsqu'il se produit, le purpura hemorrhagica affecte surtout l'utérus et le placenta et détermine presque à coup sûr l'avortement. Le pronostic est des plus graves, car la mort peut survenir à la suite d'une hémorrhagie utérine. Après le septième mois, la vie de l'enfant n'est pas très menacée. Le traitement ne donne pas beaucoup de résultats; on doit employer surtout l'ergot de seigle et les courants électriques.

L. B.

XIV.—Cette observation concerne un enfant de 8 ans qui, pâle, fatigué, atteint de diarrhée depuis une quinzaine de jours, présenta le 20 mai une éruption de taches purpuriques occupant les avant-bras, les jambes, les pieds, la paume des mains, sans œdème des membres; les garde-robes étaient nettement mélangées de sang; la face présentait de la bouffissure, les urines renfermaient une très forte proportion d'albumine, il y avait des

douleurs vagues à la région lombaire. Des poussées successives de purpura se produisirent le mois suivant, l'œdème des téguments se généralisa, des hématuries se répétèrent à plusieurs reprises ; du nystagmus apparut au milieu de juillet. Après des alternatives d'augmentation et de diminution des œdèmes, de la diarrhée et de l'albuminurie, pendant le cours desquelles il n'y eut pas de nouvelles poussées de purpura, le malade s'affaiblit, s'assoupit et contracta une angine diphthéritique qui l'emporta le 23 décembre.

A l'autopsie, œdème cérébral et pulmonaire, lésions tuberculeuses du poulmon, altérations avancées de néphrite diffuse.

Rapprochant cette observation de celles publiées par S. Gee (*Saint-Bartholomew's Hospital Reports*, 1881), M. Girode fait remarquer que dans les cas observés par l'auteur anglais, la néphrite était « antécédente et les hémorrhagies développées sous l'influence de la dyscrasie brightique lentement arrivée à son summum » ; dans le fait actuel, au contraire, le purpura était pour ainsi dire initial ou précoce, et on peut se demander s'il ne faut pas accuser quelque état infectieux, cause à la fois de néphrite et d'hémorrhagies. A cette question, M. Girode ne se croit pas autorisé à répondre affirmativement.

Pour notre part, la lecture attentive des observations de S. Gee ne nous permet pas de croire qu'il s'agisse là de faits de purpura survenu dans le cours de néphrites chroniques, mais bien de faits de purpura développé en même temps qu'une néphrite passée ultérieurement à l'état chronique ; mais si nous croyons, dans les faits de S. Gee et dans celui de M. Girode, à la simultanéité du début de la néphrite et du purpura, à l'identité de leur cause, la nature même de cette cause nous échappe.

GEORGES THIBERGE.

XV. — Les auteurs ont eu l'occasion d'observer, notamment dans la clinique du professeur Kaposi, une série de cas qui leur permettent de résumer leur expérience relativement à la façon dont se comportent les muqueuses atteintes de rhinosclérome.

Quelques-uns de ces cas, les plus anciens, ont déjà été publiés ; les auteurs les reproduisent en les complétant. Voici les cas nouveaux :

Cas VIII. — Marie P..., 39 ans, traitée en 1880 pendant 27 jours à la clinique du professeur Kaposi (cas de Salzer dans le traité de Hebra et Kaposi) pour des végétations de la fosse nasale gauche, au moyen de la curette et du crayon de nitrate d'argent.

Elle revint le 6 avril 1883 avec un érythème multiforme de la main, du dos du pied et de la face. La lèvre supérieure, près de la cloison, porte une tumeur bosselée pénétrant dans les fosses nasales ; la tumeur est résistante, mais pas aussi dure que les nodosités habituelles du rhinosclérome.

L'épiderme manque sur presque toute la tumeur, dont la surface est ulcérée

et sécrète un pus ténu. Au-dessous de l'aile droite du nez, nodosité analogue mais seulement de la grosseur d'un pois. Les fosses nasales sont très rétrécies.

Le voile du palais, sur lequel on a excisé des néoplasmes en 1872, est le siège d'un épaissement cicatriciel; la luette manque complètement; la plus grande partie du voile du palais est soudée à la partie postérieure du pharynx, de sorte qu'il ne reste qu'une ouverture de la dimension d'un tuyau de plume, à gauche de la ligne médiane, établissant la communication avec l'espace naso-pharyngien. Pas d'anomalie du larynx. Les nodosités de la lèvre et des fosses nasales sont cautérisées avec l'acide pyrogallique, et la malade sort le 4 mai 1883; les fosses nasales sont dilatées au point de permettre l'introduction d'un crayon.

Le 29 janvier 1884, la malade revient. Il s'est formé de nouveau des nodosités érodées superficiellement, et de la grosseur d'une noisette sur la lèvre et à l'entrée des fosses nasales. Sur la voûte palatine, sur les restes du voile du palais et sur les piliers transformés en cicatrices, nombreuses infiltrations rouge brun, résistantes, de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un pois, dont les plus grosses font une saillie en forme de bouton avec érosion superficielle. La malade se plaint de dureté de l'ouïe et de douleurs lancinantes dans le pharynx.

On enlève cette fois le néoplasme de la lèvre et du nez avec la curette, puis on cautérise avec le nitrate d'argent. Quant aux nodosités du voile du palais, on y injecte, tous les deux jours, une goutte de solution de sublimé à 1 0/0.

Le 7 mai, la malade sortit; amélioration. La perméabilité des fosses nasales était rétablie. Les infiltrats du palais étaient transformés complètement en tissu cicatriciel, ou notablement réduits. Pas de troubles subjectifs. Surdité diminuée.

23 juillet 1884. Le voile du palais présente un grand nombre d'infiltrats rouge brun, de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'un pois, les deux piliers des infiltrats linéaires de moindre importance, mais nulle part de nodosités saillantes. A la limite du palais, on voit de petites places rouges, granuleuses, sans épithélium. Dans le larynx, sur la face antérieure de la paroi postérieure, entre les cartilages arythénoïdes, se trouve un petit épaissement formé de deux tubérosités légèrement blanchâtres à la surface.

Cas IX.—Mathias P..., 24 ans, forgeron, malade depuis 6 ans. Pas de syphilis.

État le 21 juin 1882. Sujet de taille moyenne, fort, rien d'anormal du côté des organes internes. Toute la portion inférieure du nez est un peu renflée, rouge pâle, avec l'épiderme lisse et les orifices glandulaires visibles. Le nez est dur, sans flexibilité. Les ailes ne peuvent pas s'appliquer contre la cloison. Les narines sont bouchées des deux côtés par des tumeurs arrondies, très fermes, plus grosses qu'une noisette, leur surface est sillonnée de petits vaisseaux et paraît recouverte de peau. A la pointe du nez, nodosité analogue, demi-sphérique, dure, plus grosse qu'une noisette. Une nodosité du volume d'une fève, à surface légèrement excoriée, siège sur la lèvre supérieure, en dehors de la narine gauche. A la base de la luette, cicatrice rayonnée, irrégulière; le reste de la muqueuse bucco-pharyngienne est normal, ainsi que la muqueuse du larynx. Après le rétablissement d'un passage de la largeur d'un crayon dans les fosses nasales, par excision et cautérisation, le malade sort guéri.

Cas X.—Rachel O..., 29 ans, remarqua, il y a deux ans, un gonflement de la cloison, hémorrhagies nasales, céphalalgie; les symptômes du côté du nez se développèrent insensiblement.

État le 4 juin 1881. Malade de petite taille, délicate. Organes internes normaux. Le dos du nez est affaissé en forme de selle, les ailes refoulées en dehors et en haut, de telle sorte que le dessous du nez forme avec la lèvre supérieure un angle obtus d'environ 120°. La peau du nez est pâle, de même teinte que le reste de la face.

Ailes et pointe du nez infiltrées, non mobiles, dures comme du bois. Sur la lèvre supérieure, près de l'orifice nasal, bourrelet transversal dur, limité latéralement par les ailes du nez; ce bourrelet descend à environ 1 demi-centimètre sur la lèvre supérieure et dépasse son niveau d'environ 3 millimètres. La cloison membraneuse ainsi que les ailes du nez sont notablement épaissies, de sorte que les narines ne présentent que des fentes étroites. La fosse nasale gauche est encore accessible à une sonde fine, celle de droite ne laisse plus passer l'air expiré. Luette absente; les piliers cicatriciels se réunissent à angle aigu. Muqueuse de la bouche et du larynx normale. Après excision et cautérisation répétées du néoplasme, la malade sort le 4 septembre 1882, les fosses nasales ayant le calibre d'un crayon.

La malade revient le 18 janvier 1883.

Les piliers réunis sous un angle aigu sont tirés en haut et en arrière par des cordons cicatriciels, surtout vers les trompes; cloison très épaissie, orifices des trompes non visibles. Cloison perforée en avant, par suite de cautérisations répétées.

21 septembre 1883. La portion membraneuse du nez un peu grossie *in toto*. Pointe et ailes infiltrées, présentant la dureté d'un cartilage; la peau d'apparence normale extérieurement forme avec les cartilages sous-jacents une masse très dure. Les ailes du nez ont légèrement diminué de volume, rétraction symétrique de leur bord libre devenu concave. Les fosses nasales sont de nouveau très rétrécies par de nombreux bourrelets et se terminent en cul-de-sac à 1 centimètre de profondeur. Sur la lèvre supérieure, bourrelet très dur, rouge brun, du volume d'une noisette, se continuant dans les masses de formation nouvelle du nez membraneux et dépassant le niveau de la lèvre d'environ 5 centimètres.

Sur le voile du palais, pas de nouvelle altération, sauf une petite induration lisse, brun rouge, dure, de la grosseur d'une fève, située sur le pilier gauche. Sur la face postérieure du voile, alérations et épaississements cicatriciels.

7 janvier 1884. Face postérieure du voile du palais lisse, choanes rétrécis par le gonflement uniforme de leur pourtour; celui du côté droit admet le petit doigt, celui de gauche un tuyau de plume. Larynx normal.

Excision et cautérisation pour élargir les fosses nasales, injection avec une seringue Pravaz d'une solution à 10 0/0 d'acide salicylique dans la partie infiltrée de la peau et du cartilage.

Au milieu de novembre, l'infiltration s'est étendue jusqu'à la partie rouge de la lèvre. Le 5 décembre, les nodosités de la lèvre supérieure sont enlevées avec le bistouri. Au bout de peu de temps, réapparition du néoplasme. Le 20 janvier, nouvelle excision suivie d'autoplastie.

Les injections d'acide salicylique provoquent de violentes douleurs et sont refusées par la malade. Injection d'une solution de sublimé à 0,5 0/0.

Le 2 mars, érysipèle partant d'un point cautérisé et s'étendant jusqu'aux

oreilles. Le 10, l'érysipèle a complètement disparu, le néoplasme n'est pas modifié. Le 22, les fosses nasales avaient 4 millimètres de largeur. Le 8 avril, excision suivie d'un pansement à l'iodoforme.

La malade sort le 30 avril 1884, les fosses nasales élargies. L'infiltrat du nez n'a pas subi de modification, pas de récédive à la lèvre.

Voici, très abrégé, le résumé des deux derniers cas :

Cas XI.—Marie M..., 17 ans, malade depuis 2 ans, souffre souvent d'enrouement et de dyspnée pendant la nuit.

8 décembre 1883. Sur le dos du nez, cicatrice linéaire d'environ 3 centimètres, coupée par une autre cicatrice de 1 centimètre et demi. A cet endroit, le dos du nez est légèrement déprimé.

A l'entrée du nez et sur la face supérieure, tumeur analogue à celles des cas précédents. Les narines sont obstruées par des croûtes, pourtant une sonde passe des deux côtés. La cloison cartilagineuse est perforée.

La muqueuse du palais et du pharynx est rouge diffus, les piliers postérieurs infiltrés, durs, ont doublé de volume.

La surface infiltrée est en partie gris blanc avec un épithélium épaissi, en partie gris jaunâtre et excorié.

Luette dure, raccourcie, presque deux fois plus épaisse qu'à l'état normal et tirée en haut et en arrière, avec érosion superficielle à la base et à la pointe.

Sur la face postérieure du voile du palais, nodosités blanches ou rouge brun.

Odeur fétide du nez et de la bouche. Larynx normal, pâle.

Le traitement a consisté dans l'introduction de grosses sondes de plomb et en irrigations avec l'hypermanganate de potasse.

La malade sort non guérie le 24 janvier.

Quelques jours après son départ, l'érosion de la pointe de la luette est guérie, mais celle des piliers s'est étendue des deux côtés à toute la partie infiltrée.

Cas XII.—Mondschein S..., 32 ans. Le début de sa maladie remonterait à 18 mois, à la suite d'un refroidissement. Les premiers symptômes ont consisté en une difficulté de respirer, empêchant le sommeil, déglutition un peu pénible et enrouement.

Accès de suffocation depuis environ six mois. Nez comme dans les cas précédents. La lèvre supérieure est intacte. Rétraction cicatricielle du voile du palais, absence complète de la luette. Les deux piliers antérieurs se rapprochent sous un angle aigu, les piliers postérieurs sont au contraire très écartés l'un de l'autre ; un mouvement de déglutition ou la prononciation de la lettre *c* les rapproche, mais sans amener le contact, et donne lieu sur la paroi postérieure du pharynx à la formation d'un bourrelet transversal provenant évidemment du constricteur supérieur du pharynx. En somme, le voile du palais se meut difficilement, il est un peu tiré en haut et en arrière et fortement tendu. La rhinoscopie permet de voir une excroissance bosselée sur la face postérieure du voile du palais.

L'épiglotte est normale, le ligament supérieur droit de la glotte est rouge, épaissi et fixé au cartilage arythénoïde également très épaissi. Le ligament gauche est blanc et a conservé sa mobilité ; mais à 3 millimètres en dehors et parallèlement à lui se trouve un épaississement gris qui empiète assez loin sur le larynx ; la glotte est par suite très rétrécie.

Le malade entre dans la clinique du professeur Kaposi ; le nez est dilaté avec la laminaria et l'éponge comprimée.

La sténose du larynx s'améliore peu à peu. Au milieu de novembre, on peut déjà introduire facilement le cathéter n° 15. La dyspnée a beaucoup diminué, les accès de suffocation ont disparu et l'infiltration en dehors du ligament gauche de la glotte a en grande partie cédé.

Le malade part au milieu de décembre avec un cathéter n° 14 en argent qu'on lui a appris à introduire pour éviter le retour de la sténose du larynx.

Le rhinosclérome des muqueuses, comme celui de la peau, est caractérisé par la production, sans symptômes préalables, d'infiltrats durs remplaçant le tissu normal ou formant des dépôts en forme de plaques ou de nodosités.

Dans son évolution ultérieure, le néoplasme offre aussi une étroite analogie avec les tumeurs de la peau et se distingue par un développement très lent, demandant plusieurs années pour amener des modifications analogues à celles que la syphilis produit en quelques semaines. Il y a toutefois de notables différences entre les symptômes et la marche du rhinosclérome de la muqueuse et ceux du rhinosclérome de la peau.

Le premier symptôme de l'infiltration est une teinte plus sombre et une légère tuméfaction de la muqueuse; les points infiltrés sont très durs au toucher. La forme de ces parties n'est d'abord pas modifiée. Le voile du palais et la luette présentent seulement un léger gonflement et sont moins mobiles. Le néoplasme s'étend peu à peu aux parties voisines et les fixe à peu près dans leur position moyenne.

Le rhinosclérome peut persister ainsi pendant des mois. Plus tard il survient en général des modifications provenant d'un léger accroissement de l'infiltration en certains points et des phénomènes de régression ou d'autres symptômes. On voit se former des nodosités plates ou arrondies, pouvant acquérir la grosseur d'une noisette et donnant à la surface initialement lisse l'aspect d'une tumeur irrégulièrement bosselée.

Les nodosités ont la dureté de l'ivoire et peuvent conserver, avec une grosseur très grande, leur épithélium intact et leur teinte brun rouge brillante. Cependant on remarque parfois des érosions superficielles, plus tard de véritables ulcérations. Les néoplasmes se comportent ensuite comme les infiltrats plats pendant la période de régression. L'évolution des nodosités est en général plus rapide sur les muqueuses que sur la peau.

En d'autres points, l'infiltration ne s'accroît pas; les parties primitivement dures et tuméfiées s'aplatissent peu à peu et se transforment progressivement en cicatrices d'abord dures, puis fibreuses et brillantes. L'épithélium épaissi forme une couche gris d'argent, puis d'une blancheur remarquable. A mesure que la cicatrice prend le caractère

fibreux les parties se resserrent. Si le néoplasme a peu d'étendue et se trouve au milieu d'une muqueuse libre, la portion normale de celle-ci s'étendra en conséquence et il n'y aura pas de déformation sensible. Mais il en est autrement si de grandes surfaces muqueuses situées entre deux points fixes sont atteintes. Alors les cicatrices forment des cordons très tendus et l'aspect initial des parties peut être méconnaissable. La lnette peut ainsi disparaître entièrement. Les piliers infiltrés ou déjà cicatriciels se réunissent sous un angle aigu vers le voile du palais et ne sont plus séparés que par une cicatrice médiane à peine visible.

En certaines régions, les nodosités ont une tendance particulière à grossir ; elles arrivent à obstruer de bonne heure les cavités naturelles, par exemple la partie inférieure des fosses nasales. La soudure de plusieurs de ces nodosités peut déterminer une obturation complète, surtout des fosses nasales, sans que la forme extérieure du nez soit modifiée. Les occlusions partielles sont habituelles, et ce sont elles qui d'ordinaire déterminent le malade à réclamer une intervention médicale. Les malades habitués à respirer par le nez se plaignent de dyspnée pendant la nuit, arrivent difficilement à dormir la bouche ouverte.

Sur le voile du palais, des nodosités se produisent en général sur la face postérieure. Comme le voile est déjà durci et immobilisé par infiltration diffuse, ces excroissances se trouvent en contact permanent avec la paroi postérieure du pharynx et se soudent alors facilement avec elle. Il peut en résulter une séparation complète entre le pharynx buccal et le pharynx nasal. En disparaissant, les nodosités laissent des cicatrices, parfois rayonnées, avec forte rétraction, qui semblent provenir d'ulcérations profondes, bien qu'on en ait jamais observé de telles, sauf dans un cas douteux de Zeissl. Kaposi a trouvé l'autre d'Highmore rempli par le néoplasme.

Les infiltrations diffuses et les nodosités se terminent par résorption avec cicatrices consécutives. L'ulcération joue ici un rôle secondaire.

Le point de départ du rhinosclérome paraît être la face postérieure du voile du palais et la muqueuse des choanes, d'où le néoplasme s'étend d'une part jusque sur le tégument externe du nez, et d'autre part au pharynx et au larynx. Ainsi que l'a dit Kaposi, l'affection de la muqueuse précède souvent la maladie de la peau.

Mikulicz signale aussi comme point de départ du processus l'espace naso-pharyngien, en insistant sur ce fait, que cette partie de la muqueuse renferme déjà normalement de nombreux éléments lymphatiques et a par suite une tendance particulière aux inflammations chroniques.

Il y a aussi des cas où la maladie a été observée d'abord dans le

larynx. Enfin, chez bon nombre de malades, les premiers symptômes se sont montrés sur la muqueuse nasale, et le rhinosclérome a été précédé d'écoulements ou de catarrhes opiniâtres.

Relativement à l'âge, dans 11 cas le rhinosclérome a débuté avant 20 ans, 2 fois après 40 ans, 19 fois de 20 à 40 ans. L'époque de la puberté forme la limite d'âge inférieure.

C'est sur la muqueuse nasale que la tendance au développement de tumeurs saillantes est le plus prononcée.

Sur le palais et la face antérieure du voile on trouve le plus souvent des infiltrats diffus; sur la face postérieure, les nodosités sont plus fréquentes que sur la face antérieure. La paroi postérieure est rarement atteinte, et dans ce cas, seulement par des infiltrations diffuses, non saillantes. Quans les trompes sont atteintes, il est difficile de le constater; cependant sur quelques malades on a observé une surdité unilatérale ou bilatérale qui rend très probable une affection de la région des trompes. Il est vraisemblable aussi que le rhinosclérome peut se propager par les trompes dans l'oreille moyenne, et des fosses nasales au sinus frontal.

La rétraction des piliers amène en général le soulèvement et la saillie de la base de la langue, sur laquelle il existe parfois des cicatrices rayonnées; on n'a jamais observé le rhinosclérome de la partie antérieure de la langue.

La voûte palatine montre aussi une certaine tendance à la production de nodosités, mais ici elles n'atteignent jamais le développement excessif de celles de la muqueuse nasale. Souvent elles perdent leur épithélium et s'ulcèrent superficiellement, par suite, sans doute, de l'irritation fréquente produite par le passage des aliments.

Enfin, dans quelques cas, la trachée-artère est envahie par le rhinosclérome.

Les débuts de l'affection de la muqueuse ne sont d'ordinaire accompagnés d'aucune douleur, ni d'aucun trouble. Ni les nodosités ni les infiltrations plates ne sont douloureuses, il faut une pression énergique ou des mouvements forcés de déglutition pour provoquer la douleur. Mais les nodosités excoriées de la voûte et du voile du palais donnent lieu à une sensation de brûlure au contact des boissons alcooliques, acides, ou autres aliments irritants. Plus tard, la maladie de la muqueuse détermine des troubles sérieux, obstruction du nez, suffocation, ordinairement la nuit; difficulté de déglutition, immobilisation de la lèvre et rétrécissement de la partie antérieure de la cavité buccale.

Le rhinosclérome de la muqueuse suit en général la même marche que celui de la peau, il a le même caractère chronique, cependant le développement est un peu plus rapide; la tendance à la récurrence est la même. En général, l'affection ne prend fin qu'avec la vie du malade.

Les tissus extirpés se reproduisent rapidement.

Le pronostic est défavorable, cependant la maladie peut se limiter à de petites parties de la muqueuse, et des guérisons locales peuvent avoir lieu. La maladie n'entraîne jamais la mort ; tout au plus l'affection du larynx ou des complications (érysipèle) peuvent mettre le malade en danger.

Il n'existe pas encore de traitement spécifique du rhinosclérome. On se borne à combattre les symptômes les plus graves, à rétablir la perméabilité des fosses nasales par des excisions, scarifications, cautérisations avec le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, l'acide pyrogallique, la potasse caustique, etc... On maintient le passage ouvert à l'aide de tubes en plomb ou de drains épais en caoutchouc. On obtient de même le rétablissement d'une communication entre l'espace naso-pharyngien et l'arrière-bouche.

Les résultats du traitement des lésions laryngiennes au moyen du cathétérisme sont plus favorables ; sous l'influence d'une pression continue, les bourrelets disparaissent en partie. Parfois, pourtant, ils prennent une dureté encore plus grande après la cessation du traitement local.

Les injections interstitielles de liquides médicamenteux (liqueur de Fowler, acide salicylique, acide phénique, iodoforme, acide perosmique, etc...) n'ont pas encore été employées sur les muqueuses d'une manière assez générale, pour que l'on puisse porter un jugement définitif sur cette méthode de traitement.

Le diagnostic différentiel du rhinosclérome d'avec le lupus et la syphilis est en somme assez facile dans les formes étendues dans lesquelles le tégument externe est atteint. Dans le cas contraire, il présente des difficultés.

Les infiltrats du rhinosclérome se distinguent au début par leur forme aplatie ou tubéreuse, leur grande dureté et leurs contours nettement limités. La teinte rouge brun pourrait amener une confusion avec la syphilis, mais les infiltrations syphilitiques sont toujours accompagnées de l'inflammation du pourtour et de la turgescence des parties atteintes de la muqueuse, symptômes qui font défaut dans le rhinosclérome. La différence est beaucoup plus marquée quand survient la métamorphose régressive. Les infiltrats syphilitiques s'ulcèrent dans leurs parties les plus anciennes, c'est-à-dire dans leurs parties centrales, et il se produit consécutivement des ulcères profonds recouverts d'un dépôt lardacé, à bords nettement limités et entourés par des masses infiltrées. Dans le rhinosclérome, l'ulcération, quand elle a lieu, est tout à fait superficielle, sans contour nettement limité et recouverte d'une simple couche de pus. Enfin l'ulcération syphilitique arrive au bout de quelques semaines à la cicatrisation, tandis que les nodosités du rhinosclérome peuvent présenter le même aspect pendant des mois. Les cicatrices

syphilitiques sont ordinairement accompagnées de pertes de substance profondes, de forme souvent rayonnée et boursoflée ; celles du rhinosclérome de la muqueuse sont en général diffuses, par suite de la résorption des infiltrats. Ce n'est que dans les formes tubéreuses du palais et sur la face postérieure du voile qu'il se produit des cordons cicatriciels en forme de réseau ou rayonnés.

Dans le rhinosclérome, les ganglions lymphatiques ne sont que rarement très tuméfiés comme dans la syphilis. Enfin, les caractères généraux de la syphilis manquent et le traitement spécifique est sans action.

La ressemblance avec le lupus est encore moins marquée. La tendance du lupus à la formation de petites nodosités et papules, la mollesse des infiltrations, permettent de le reconnaître à première vue. Les ulcérations luseuses sont très caractéristiques.

Les bourrelets du larynx, dans le rhinosclérome, se distinguent de ceux de la syphilis, de la tuberculose, du catarrhe aigu par leur teinte grise, leur dureté et leur peu de résistance à l'ulcération. Cependant ils peuvent se confondre avec ceux qui se produisent à la suite de la périchondrite chronique. La trachée peut aussi être affectée par ces maladies comme par le rhinosclérome, et, au point de vue histologique, les deux processus sont identiques, ce qui a conduit Ganghofner à regarder toutes ces formes de sténose du larynx comme une même maladie, qu'il désigne sous le nom de sclérome du larynx et qui ne donne pas toujours lieu au développement du rhinosclérome de la portion externe du nez.

La dureté d'un carcinome pourrait aussi amener une confusion avec le rhinosclérome, mais la tendance du premier à l'ulcération, la participation des glandes, l'extension au périoste, l'absence de cicatrisation, la cachexie rapide, offrent des points de repère suffisants pour le diagnostic.

Les auteurs se rangent à l'avis de ceux qui regardent le rhinosclérome comme une tumeur de granulation.

A. DOTON.

XVI.—En novembre 1873, le malade, âgé de 47 ans, fit une chute d'une hauteur de 15 mètres, à la suite de laquelle il eut une hématurie, fut pendant plusieurs mois incapable de mouvoir les quatre membres, et resta pendant quatre mois dans une gouttière de Bonnet. Quand il sortit de la gouttière, il portait à la partie inférieure de chaque jambe une ulcération de la largeur d'une pièce d'un franc qui se cicatrisa rapidement, mais se reproduisit à plusieurs reprises. En 1880, apparut une augmentation de volume de la région externe du cou-de-pied gauche, les jambes s'amaigriront, le pied gauche commença à se dévier en dedans.

En février 1887, on trouva les jambes très atrophiées ; dans toute la

partie inférieure de la jambe gauche et sur le cou-de-pied du même côté, la peau est dure, épaisse, très adhérente aux tissus sous-jacents, rouge, lisse aux endroits où elle n'est pas recouverte de larges plaques s'exfoliant très facilement. Au-dessus du cou-de-pied, il existe une ulcération de la largeur d'une pièce d'un franc, superficielle, à bords nettement limités, mais peu saillants. La peau du pied se desquame très facilement, et on trouve à la partie externe de sa face dorsale une ulcération semblable à celle de la jambe. La sensibilité cutanée est profondément troublée au niveau du pied et de la jambe. A droite, la peau est rouge et couverte de squames, surtout au niveau de la cicatrice de l'ancienne ulcération.

Les douleurs, la gêne de la marche résultant de la déviation du pied gauche, obligèrent à pratiquer l'amputation de la jambe gauche au lieu d'élection. Les troncs nerveux, examinés au microscope, renfermaient des fibres en état de dégénérescence.

GEORGES THIBERGE.

XVII. — Enfant de 6 ans, vigoureux; pas de maladies antérieures; parents en bonne santé, ainsi que les frères et sœurs; pas de maladie semblable dans la famille.

Quelques mois après la naissance, les parents remarquèrent sur la face postérieure des cuisses deux traînées rougeâtres, saillantes, ressemblant à de fortes égratignures, dont la partie proéminente se recouvrit de squames épidermiques blanchâtres qui ne tardèrent pas à s'épaissir et à brunir en s'épaississant; plus tard, les lésions recouvrirent des surfaces plus étendues et envahirent la partie externe de la cuisse, et, à gauche, vers la partie dorsale du pied.

Actuellement, il existe à la partie postérieure de chaque cuisse une longue bande, constituée de chaque côté par deux lignes parallèles, formées par des aspérités cornées, d'un gris très foncé, ou noires, dures, irrégulières, rappelant assez bien les collines des cartes géographiques en relief, ayant une largeur de 4 à 5 millimètres et bordées en certains points par une petite bandelette rose pâle; ces deux lignes circonscrivent sur chaque cuisse une bande de peau de quelques centimètres de largeur, parsemée elle-même de petites plaques et de petits points noirs formés des mêmes éléments pathologiques. Ces productions cornées adhèrent très certainement à la peau, la section au bistouri en est assez difficile et permet de constater qu'elles sont constituées par des amas de cellules épidermiques.

Aux cuisses, la lésion suit à bien peu de chose près le trajet du nerf sciatique. A droite, elle commence au milieu de la fesse, parcourt verticalement toute la hauteur de la cuisse et le creux poplité, puis suit la direction du nerf sciatique poplité interne, en présentant une interruption au-dessous du creux poplité, et s'arrête à la partie moyenne du mollet. A gauche, il y a quelques points sur la fesse et au pourtour de l'anus; mais la bande verticale ne commence qu'au niveau du pli fessier, pour descendre jusqu'au creux poplité, où elle se dévie et prend la direction du sciatique poplité externe, puis se jette rapidement sur le trajet du nerf tibial antérieur, dont elle partage la direction jusqu'au niveau de sa bifurcation sur la plante du pied; là elle indique sur la

peau le trajet de la branche terminale interne du tibial antérieur, et s'arrête à peu près au milieu des métatarsiens; à la partie supérieure de la cuisse, une petite bande cornée se détache du tronc principal, se dirige en bas et en dehors, et, après un trajet de 10 centimètres environ, s'éparpille en un nombre assez considérable de points qui s'étalent à la partie antéro-externe de la cuisse gauche.

Près du pubis, au pourtour de l'anus, existent quelques éléments disséminés, et, sur la ligne qu'on devrait tracer au pli du coude pour découvrir le nerf médian, on voit une petite bande linéaire de 6 centimètres de longueur.

Pas de modifications de la sensibilité: ni anesthésie, ni hyperesthésie, ni analgésie. L'affection ne cause aucune douleur.

L'enfant ayant été atteint de la rougeole, les plaques cornées tombèrent sous l'influence de l'éruption, mais se reproduisirent ensuite.

GEORGES THIBIERGE.

XVIII.— Cette observation concerne un homme de 34 ans, de souche arthritique, arthritique lui-même, et qui depuis quatorze ans est pris chaque année, au mois de janvier ou de février, d'une attaque de rhumatisme, à la suite de laquelle il perd ses cheveux et les ongles de ses orteils: les cheveux s'arrachent par touffes, les ongles des orteils se soulèvent de haut en bas, s'ébranlent, puis tombent.

M. Renault, rapprochant ce fait de ceux invoqués par les partisans de la théorie nerveuse du rhumatisme, montre qu'il vient à l'appui de cette dernière.

GEORGES THIBIERGE.

XIX.— Le sujet de cette thèse est emprunté à une leçon de M. Leloir reproduite dans les *Annales de Dermatologie* (1886, p. 705), et son texte est constitué à peu près exclusivement par le résumé de cette leçon; l'auteur y a joint, outre les observations rapportées par M. Leloir, quelques observations empruntées à des travaux antérieurs et deux observations inédites.

GEORGES THIBIERGE.

XX.— Cette thèse est la reproduction presque intégrale d'une leçon de M. H. Leloir sur les *Dermatoses par choc moral*, leçon publiée dans les *Annales*. L'auteur y a joint les observations citées par M. Leloir, dont un grand nombre sont inédites.

GEORGES THIBIERGE.

XXI.— M. Morvan revient, dans ce travail, sur l'affection dont il a le premier donné la description en 1883 dans un mémoire publié par la *Gazette hebdomadaire* et analysé dans ce recueil (voir *Annales de Dermatologie*, 1884, p. 45). Depuis cette époque, il a observé huit nouveaux faits, ce qui porte à dix-sept le nombre des cas constatés par lui sur une population d'environ 50,000 âmes. Les faits nouveaux dont il a pu être témoin, ceux dont les observations ont été publiées par Guelliot et par

Broca sont, pour M. Morvan, l'occasion de revenir sur ce sujet et de modifier quelques traits de sa description, bien que les grandes lignes restent telles qu'il les a tracées dans son premier et si remarquable travail de 1883.

Les faits récents ne permettent plus de considérer comme toujours et fatalement associées la parésie et l'analgésie, qui, d'ailleurs, ainsi que M. Morvan en avait fait la remarque dès 1883, ne sont pas dans un rapport constant d'intensité et de distribution lorsqu'elles existent concurremment : ces deux phénomènes peuvent ne pas coexister, la parésie faisant défaut, dans un membre, alors qu'il existe de l'analgésie au niveau de ce membre, et que l'analgésie et la parésie existent du côté opposé, ou même l'analgésie accompagnant seule des troubles trophiques dont le panaris est la plus haute expression ; cette absence de la parésie est d'autant plus importante à remarquer qu'en pareil cas, si le sujet est peu attentif à ce qui le concerne, l'analgésie peut, elle aussi, passer inaperçue, et le panaris être considéré comme un panaris banal.

Dans ses observations nouvelles, M. Morvan a noté quelques troubles trophiques et vaso-moteurs qui n'avaient pas encore été signalés : ainsi il a vu chez une malade l'avant-bras se fracturer en deux endroits à la suite d'un effort très peu considérable, ce qui dénotait évidemment une anormale fragilité des os ; chez deux malades, il a constaté une éruption d'eczéma impétigineux prédominant nettement sur les parties analgésiées ; l'hyperidrose, l'abaissement de la température, ont été notés aussi par lui ; deux malades ont eu des hémorrhagies du tube digestif, hématomèse chez l'un, hémorrhagie intestinale chez l'autre, dont on peut signaler l'analogie avec les hémorrhagies que l'on observe dans le myxœdème et chez les tabétiques, et aussi, ajouterons-nous pour notre compte, avec les troubles gastro-intestinaux du purpura d'origine nerveuse. Le rapprochement des hémorrhagies dans ces deux cas avec les troubles gastro-intestinaux d'origine nerveuse paraît d'autant plus légitime que, dans ces deux observations, les troubles gastro-intestinaux coïncidaient avec l'affaiblissement des membres inférieurs, indiquant une extension plus grande du processus pathologique que dans tous les autres cas.

L'affection se rencontre plus souvent chez l'homme que chez la femme, dans la proportion de 4 contre 1 environ ; des traumatismes (chutes sur le membre thoracique, contusion, coupure) peuvent être invoqués dans plusieurs cas.

M. Morvan attribue le développement des accidents à une lésion de la moelle, occupant d'abord le cordon postérieur, ce qui produit l'analgésie, et envahissant plus tard le cordon antérieur pour déterminer les phénomènes parétiques. S'appuyant sur les travaux récents sur les paralysies radiculaires du plexus brachial, et faisant valoir que la paralysie et

l'atrophie portent sur la partie inférieure du membre thoracique, sur les muscles du poignet et de l'avant-bras, qu'il n'y a pas de troubles oculopupillaires, il place le siège des lésions entre la sixième paire cervicale et la première dorsale.

Cette tentative de localisation est, nous le craignons, encore prématurée, d'autant que l'origine centrale du mal voudrait être prouvée, car l'intensité même des troubles trophiques, les troubles de la motilité éveillent plutôt l'idée de névrites périphériques; l'analgésie rentre aussi, quoique moins nettement, dans le cadre des symptômes produits par ces lésions. Cette discussion pathogénique nous entraînerait bien loin, tant est encore obscure et mal délimitée la question des névrites périphériques; d'ailleurs, les autopsies de parésie analgésique à panaris font défaut, et nous ne connaissons encore que les aspects cliniques de l'affection ou du syndrome si bien décrit par M. Morvan. GEORGES THIBERGE.

XXII.—Homme de 62 ans, atteint de fièvre typhoïde deux ans auparavant; depuis lors, affaiblissement du bras gauche; il y a huit mois, panaris du pouce gauche, dont l'incision fut très douloureuse, puis durillon forcé au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce; il y a cinq mois, panaris du médius gauche, moins douloureux, puis panaris tout à fait indolore à l'annulaire; crevasses très profondes à la paume de la main; léger œdème de la main gauche, dont la peau est pâle, épaissie. Extrémités du radius et du cubitus gauches notablement épaissies, depuis le début du premier panaris. Atrophie manifeste des éminences thénar et hypothénar et des muscles interosseux; parésie sans atrophie des masses musculaires de l'avant-bras. A droite, pas de troubles trophiques cutanés ou musculaires, ni de parésie. Analgésie complète au niveau de la main et de l'avant-bras gauches, moins marquée au niveau du bras et sur tout le côté gauche du thorax et de l'abdomen, dans toute la moitié gauche de la face et du crâne; sensibilité également diminuée dans tout le membre inférieur gauche, mais à un moindre degré que dans le membre supérieur. Hyperhidrose du bras gauche et de la moitié correspondante du thorax. Organes des sens intacts.

GEORGES THIBERGE.

XXIII.—Homme de 34 ans, présentant des gerçures et des crevasses se renouvelant sans cesse au niveau des plis palmaires des doigts, ayant eu des panaris superficiels et profonds, suivis de l'élimination de la troisième phalange des deux pouces. Hyperhidrose limitée à la moitié droite de la face et n'envahissant pas la poitrine. Sensation subjective de froid et abaissement de la température locale des extrémités; analgésie occupant toute la moitié droite supérieure du corps et la moitié gauche, sauf le cou, la tête et le membre inférieur, à partir du tiers moyen de la jambe jusqu'aux extrémités. Absence de troubles moteurs et d'atrophie musculaire.

Les lésions nerveuses existant dans ce cas doivent être considérées comme d'origine toxique; le malade, ouvrier dans une teinturerie, avait en permanence les mains et les avant-bras en contact avec des pièces de laine encore humides de solutions mordantes et d'acides.

M. Colleville admet que l'intoxication, d'abord locale et portant ses effets

sur les extrémités des nerfs, a ensuite déterminé des lésions centrifuges intéressantes la moelle.

G. T.

XXIV. — Femme de 56 ans, ayant perdu successivement la dernière phalange du pouce droit, les deux dernières phalanges de l'index et du médius de la même main, la troisième phalange de l'index gauche, les ongles du pouce, du médius et de l'annulaire gauches; les autres doigts ont leurs phalanges fléchies dans la paume de la main; à la paume de la main, la peau est calleuse et présente, à plusieurs plis articulaires, des traces de crevasses profondes; à la face dorsale, elle est assez souple, mais très tendue sur des moignons épais. Analgésie de la main et des deux tiers inférieurs des avant-bras. Sens musculaire aboli au bras droit et très diminué à gauche. Atrophie des éminences thénar et hypothénar et des interosseux de la main gauche.

Ces lésions ont débuté à l'âge de 12 ans, par la main droite, et se sont étendues lentement. Scoliose dorsale, comme dans le cas de Verneuil-Broca. Arthrites.

G. T.

XXV. — L'auteur croit que l'arsenic est utile dans les affections cutanées les plus superficielles, surtout dans celles qui intéressent l'épiderme, dans celles qui reconnaissent une origine névrotique, enfin dans celles où intervient l'impaludisme. Dans plusieurs cas d'acné simplex, l'arsenic seul ou combiné avec les alcalins, le fer et les toniques a réussi: dans quelques cas d'acné indurata, il a été également utile; il n'a, au contraire, donné que fort peu d'amélioration dans la couperose.

Les bons effets de l'arsenic sont très frappants dans certaines lésions hyperhémiques, pityriasiques et d'une origine névrotique. Dans l'herpès progenitalis d'origine nerveuse, l'auteur a vu l'administration de l'arsenic à hautes doses longtemps prolongées déterminer une amélioration très marquée des symptômes et abréger la durée de l'affection. Ainsi que l'ont établi Hutchinson et d'autres dermatologistes, l'arsenic a réellement une action curative dans le pemphigus; il en est de même pour le lichen planus, maladie dans laquelle l'arsenic seul peut amener la guérison, pour les cas chroniques et récidivants de dermatite herpétiforme dans lesquels il est le seul médicament qui puisse faire avorter et prévenir les poussées éruptives.

Dans certaines urticaires chroniques fort accentuées, l'auteur a vu de hautes doses longtemps continuées d'arsenic amener beaucoup d'amélioration et même parfois une guérison complète; il a observé les mêmes résultats dans l'érythème noueux.

Il ne l'administre pas dans tous les cas d'eczéma: il est, d'après lui, surtout indiqué dans l'eczéma nummulaire disséminé çà et là par placards avec tendance aux rechutes, dans l'eczéma des doigts et des mains ne dépendant pas d'irritations locales, et surtout chez les personnes nerveuses ou débilitées. Dans quelques rares cas d'eczéma érythémateux du

visage et d'eczéma squameux, il a vu cette substance déterminer la guérison.

Il pense que le discrédit dans lequel est tombé l'arsenic vient du préjugé qui en faisait le spécifique du psoriasis, affection contre laquelle il est fort souvent impuissant, surtout chez les sujets pléthoriques qui ont besoin de calomel, d'eaux laxatives et d'alcalins. Il faut le donner au contraire dans les cas de psoriasis caractérisés par des placards peu colorés et développés chez des sujets anémiques.

Dans les éruptions syphilitiques, en particulier dans les syphilides à forme papuleuse et tuberculeuse desquamative qui apparaissent à la fin de la première année, dans le courant de la seconde ou même plus tard l'arsenic est souvent un médicament précieux qui vient aider l'action du mercure et de l'iodure de potassium. Il en est de même pour certaines syphilides malignes précoces et pour les syphilides ulcéreuses secondotertiaires ou tardives. Il semble être efficace contre les lésions syphilitiques qui intéressent plus ou moins profondément le derme, et n'avoir que peu d'effet utile contre les infiltrations du tissu connectif.

L'arsenic peut avec grand avantage être associé aux bromures et aux iodures ; il semble prévenir les effets nuisibles de ces substances sur la peau.

Dans les cas d'adénopathies syphilitiques secondaires et tertiaires persistantes, les remèdes ordinaires restent souvent impuissants ; quand on leur adjoint l'arsenic, on voit ces productions morbides diminuer graduellement, puis disparaître.

Il ne rejette pas systématiquement l'emploi de la liqueur de Fowler, mais l'acide arsénieux et l'arséniate de soude en solution, en pilules ou en pastilles sont également efficaces. Le succès de la médication arsénicale dépend de la rigueur du diagnostic, de la justesse de l'indication thérapeutique et du jugement, du soin et de la persévérance avec laquelle on manie le médicament.

XXVI.— Le Dr Piffard dit que l'arsenic est un médicament d'une grande valeur, mais que plus l'éruption contre laquelle on l'emploie est localisée, moins on en retire de bons effets. Dans l'eczéma aigu, de très petites doses d'arsenic ont des effets sédatifs et curatifs, de fortes doses ont au contraire une action stimulante. Il insiste tout particulièrement sur ce fait que l'arsenic à petites doses est un tonique de la peau, à fortes doses c'est un excitant. Pour lui, il ne prescrit jamais de doses moyennes ; il faut prescrire en effet suivant les cas une dose faible ou une dose forte. Les seules affections cutanées dans lesquelles il est utile sont le psoriasis sans grande infiltration des téguments mais avec production exagérée de squames épidermiques, le pemphigus, la syphilide vésiculeuse, où il

doit être administré en même temps que les médicaments spécifiques et l'acné.

Le Dr Sherwell proteste énergiquement contre l'opinion du Dr Fox, qui considère l'arsenic comme inutile dans les dermatoses; il est convaincu de son efficacité dans les affections qui intéressent surtout l'épiderme. On a également toute sorte de bonnes raisons pour croire qu'il donne des résultats dans les névroses de la peau et dans les maladies cutanées qui ont des rapports avec l'impaludisme. Dans le psoriasis, il n'y a guère que cette substance qui ait un effet curatif à l'intérieur. Il cite même trois cas de psoriasis tout récents qu'il vient d'observer avec le Dr Wingfield et dans lesquels la liqueur de Fowler, à l'exclusion de tout autre remède, amena en quelques jours une amélioration des plus notables, et même, chez un des trois malades, la disparition complète de l'éruption.

Le Dr Alexander est à peu près du même avis que le Dr Piffard. L'arsenic est décidément utile dans l'eczéma chronique et dans le psoriasis; dans l'acné, il l'est parfois.

Le Dr Morrow donnait autrefois l'arsenic dans tous les cas de psoriasis, mais peu à peu il a renoncé à le faire, et il ne le prescrit plus qu'exceptionnellement. Il a remarqué en effet qu'il pouvait faire disparaître avec beaucoup plus de rapidité l'éruption par des moyens locaux, et il a perdu toute confiance dans l'efficacité de cet agent comme prévenant les poussées.

Il l'a employé avec un certain succès dans quelques cas d'eczéma chronique, mais il pense que très probablement on aurait obtenu d'aussi bons résultats de l'usage des alcalins, des cholagogues, ou de toute autre méthode thérapeutique combinée en vue de combattre le vice de constitution d'où découlait l'affection cutanée. Il croit que dans le pemphigus, que dans la dermatite herpétiforme, l'arsenic est très efficace; la disposition circonscrite d'une éruption vésiculeuse est une excellente indication pour l'emploi de cette substance. Mais d'ordinaire on doit se fonder, pour l'administrer, sur l'état général du malade. Dans les dermatoses qui se rattachent à l'impaludisme, l'arsenic est plus efficace que la quinine. On peut également l'administrer avec succès dans certains cas d'érythème chronique, d'acné, de couperose, associé à un état congestif et catarrhal de l'estomac, dans toutes les affections cutanées qui se relient à un affaiblissement de l'innervation de la peau.

Le Dr Keyes a les mêmes idées que le Dr Taylor sur les bons effets de l'arsenic dans le pemphigus, l'herpès preputialis, la syphilis, l'iodisme; il donne surtout l'arséniate de soude en solution dans de l'eau.

Le Dr Lewis prescrit souvent l'arsenic dans l'eczéma chronique, surtout chez les enfants; il commence par de petites doses, qu'il élève rapidement jusqu'à 15 gouttes de liqueur de Fowler par jour pour un enfant

d'un an. C'est la plus forte dose qu'il ait jamais administrée. Il se sert aussi de l'arséniate de fer à la dose d'un huitième de grain.

Le Dr Sturgis a trouvé que l'arséniate de fer à la dose d'un dixième de grain est efficace dans le psoriasis chronique, dans les syphilides desquamatives, surtout celles de la paume des mains, dans les névralgies uréthrales et en général dans les cas d'urèthre irritable. La solution de Donovan est fort utile dans le traitement de la syphilis.

Le Dr Maynard répète ce qu'ont dit les auteurs précédents sur les contre-indications de l'arsenic dans les dermatoses aiguës, et sur ses bons effets dans les dermatoses chroniques squameuses. Dans un cas d'urticaire pigmentée chez un enfant d'un an malade depuis l'âge de deux mois, l'arsenic a déterminé la guérison.

Le Dr Allen maintient ce qu'il a dit dans une précédente réunion, que l'arsenic est administré par la plupart des praticiens dans tous les cas de maladies cutanées sans le moindre discernement, et qu'ainsi ils arrivent à nuire beaucoup à leurs patients, car c'est une substance des plus actives, et lorsqu'on la prescrit à tort elle est nuisible : 1° parce qu'elle n'apporte aucune amélioration ; 2° parce qu'elle cause des poussées inflammatoires, des éruptions nouvelles, des pigmentations exagérées des téguments, et parfois des symptômes d'empoisonnement. Pour obtenir un effet utile, il faut souvent élever les doses jusqu'aux limites de la tolérance, et on s'expose ainsi à produire des phénomènes toxiques. Il croit que dans le psoriasis il faut ne la donner que lorsqu'un traitement local a déjà fait disparaître l'éruption, ou bien lorsque la poussée est en voie d'affaïssissement ; il faut alors en continuer l'emploi pendant fort longtemps entre les poussées. Il ne pense pas que l'arsenic ait beaucoup d'action dans l'acné ; par contre il en a constaté la réelle puissance dans le lichen ruber.

XXVII.—Tant que l'auteur a administré l'arsenic dans toutes les affections cutanées sans faire la moindre distinction, il n'a obtenu que fort peu de succès. Mais peu à peu il n'a pas tardé à faire des sélections ; il a vu que cette substance donnait surtout des résultats dans les cas où le sang est vicié ou appauvri, lorsqu'il existait une cachexie évidente, et que la peau paraissait blanche et exsangue, enfin dans les dermatoses squameuses.

Il a souvent observé au contraire l'aggravation des symptômes sous l'influence de l'arsenic chez les malades pléthoriques, chez ceux qui présentent des phénomènes inflammatoires, de la rougeur et de la congestion de la peau.

Il prescrit généralement l'arsénite de potasse dans les maladies cuta-

nées, mais il y a des cas où le sulfure d'arsenic en solution ou en pilules agit beaucoup mieux.

XXVIII.— Les dermatoses contre lesquelles le Dr Faithfull a employé l'arsenic avec succès sont le psoriasis, l'eczéma squameux, plusieurs cas d'acné chronique dans lesquels il y avait de l'irritation gastrique, quelques cas d'urticaire chronique à poussées successives dans lesquels toutes les autres médications n'avaient rien donné, enfin plusieurs cas d'éruption furonculaire rebelle.

Les effets nuisibles qu'il a observés à la suite de l'administration de cette substance ont été dans quelques cas un prurit généralisé fort intense, de la sécheresse de la peau et une desquamation furfuracée des jambes et de la poitrine, une éruption papuleuse du visage, enfin dans un cas de l'herpès preputialis.

XXIX.— Le Dr Morrow publie les résultats de l'enquête qu'il a faite par l'intermédiaire du *Journal of cutaneous and venereal diseases* sur l'efficacité de l'arsenic dans les affections cutanées. Soixante-dix médecins américains ont répondu à son appel : quarante de ces communications ont paru mériter considération, et il les a analysées dans un tableau fort instructif où l'on trouvera résumés en cinq colonnes tous les renseignements nécessaires : 1^{re} colonne : Nom et adresse de l'auteur ; 2^e colonne : L'auteur emploie-t-il l'arsenic d'une manière habituelle dans le traitement des dermatoses ; 3^e colonne : Dans quelles affections cutanées l'auteur a-t-il trouvé que l'arsenic était réellement efficace ; 4^e colonne : Quels sont les effets nuisibles causés par l'arsenic que l'auteur a observés ; 5^e colonne : Quelle est la préparation pharmaceutique qu'il préfère, et à quelle dose l'emploie-t-il ?

Nous ne pouvons guère donner un aperçu des idées des quarante médecins dont les opinions sont résumées dans ce tableau. Nous regrettons seulement qu'un travail d'ensemble sur cette intéressante question ne paraisse pas en Amérique et que l'exemple des États-Unis ne soit pas suivi par les autres nations qui possèdent une école dermatologique. On arriverait peut-être ainsi à fixer d'une manière définitive les indications et les contre-indications de l'arsenic dans les maladies cutanées. L. B.

Le Gérant : G. MASSON.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRES.

I

SUR L'ANGINE DE POITRINE D'ORIGINE SYPHILITIQUE,

Par H. HALLOPEAU,

Agrégré à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Le champ de la syphilis viscérale, depuis que l'attention a été plus particulièrement attirée sur elle, s'est considérablement agrandi et est, sans doute, destiné à s'accroître encore. Si, en effet, la maladie a des sièges de prédilection, tels que l'encéphale, le foie, le testicule, elle peut néanmoins affecter les parties les plus diverses ; il semble même qu'il n'en est point qu'elle ne soit susceptible d'envahir : cela revient à dire que tous les troubles fonctionnels, tous les syndromes peuvent se développer sous son influence. Elle se traduit ainsi par des accidents très analogues à ceux que produisent les affections banales des mêmes organes, avec cette particularité qu'elle leur imprime une physionomie spéciale due à l'évolution que subissent ses néoplasmes, à leur tendance à se multiplier et à se propager excentriquement et aussi à leur localisation possible en des points qui ne sont pas généralement intéressés simultanément ou même isolément. Nous citerons, par exemple, l'aphasie et les paraplégies des syphilitiques ; elles peuvent se présenter avec des caractères tout particuliers. C'est ainsi qu'un de nos malades a été atteint d'une aphasie partielle après avoir éprouvé un trouble de l'écriture qui s'était développé graduellement et était surtout caractérisé par une diminution dans les dimensions des lettres ; elles ne mesuraient plus qu'un tiers de millimètre et étaient en même temps mal figurées, il fallait une loupe pour les lire ; le sujet se trouvait dans l'impossibilité absolue de tracer de plus gros caractères ; il n'y avait pas d'autre signe de parésie des membres ; c'est là un trouble que l'on n'observe pas dans les lésions banales des centres moteurs. Un autre sujet, entré le 5 mars 1885 dans la salle Hillairet à l'hôpital Saint-Louis, présentait, en même

temps qu'une parésie avec amyotrophie du membre inférieur gauche, une hyperesthésie très vive de tout le membre inférieur droit; une piqûre d'épingle y provoquait une douleur intense, s'étendant en profondeur, remontant jusque dans la fosse iliaque et s'accompagnant d'une trépidation épileptiforme. Par contre, les sensations thermiques étaient très affaiblies dans le même membre, et le contact d'un objet froid y donnait l'illusion d'un corps tiède alors que la sensibilité au toucher y était normale; ce malade avait eu, deux ans auparavant, un chancre induré. Les symptômes qu'il a présentés permettent d'admettre une localisation très exceptionnelle des lésions spinales.

Déjà M. Fournier (1) a démontré que l'hémiplégie syphilitique, si elle n'a rien de spécial comme symptômes, présente souvent, dans la façon dont ces symptômes évoluent et se groupent, des particularités qui n'appartiennent pas aux hémiplégies de cause vulgaire.

Nous allons voir que l'angine de poitrine syphilitique peut également prendre des caractères qui la différencient des cas banals de la même affection.

Cette manifestation doit être considérée comme très rare, car, parmi les ouvrages spéciaux qui ont paru récemment, celui de Rumpf (2) est, à notre connaissance, le seul dans lequel il en soit fait mention; peut-être cependant paraîtra-t-elle moins exceptionnelle quand l'attention aura été attirée sur elle: nous avons peine à croire, par exemple, étant donnée la fréquence de la syphilis, que cette maladie n'ait contaminé qu'un petit nombre des deux cents sujets chez lesquels M. Huchard a observé l'angine de poitrine, et particulièrement des quarante-trois qui ont été absolument et définitivement guéris par la médication iodurée (3). Cependant tous les cas réunis par Rumpf sous la dénomination d'angine de poitrine ne peuvent être acceptés sans contestation. Dans presque tous, en effet, il s'agit d'accidents douloureux et dyspnéiques liés à une lésion valvulaire ou à une tumeur du myocarde; ils compliquent la symptomatologie de la maladie du cœur, mais ne constituent pas une affection idiopathique comme la véritable angine de poitrine; tels sont les faits publiés par Ricord, Lancereaux, Virchow, Teissier, Balzer et Ehrlich. D'un autre côté, il ne faut pas considérer une angine de poitrine comme provoquée par la syphilis, par cette seule raison qu'elle s'est développée chez un sujet atteint de cette maladie; c'est ainsi que nous regardons comme fort contestable la nature syphilitique d'une angine de poitrine rapportée comme telle par Rumpf. Il s'agit d'une femme âgée de 64 ans; elle a

(1) A. FOURNIER, *la Syphilis du cerveau*. Paris, 1879.

(2) RUMPF, *Die syphilit. Erkrankh. des Nervensystemes*, 1877.

(3) H. HUCHARD, *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1887, pages 159 et 199. — *Revue de médecine*, 1883.

été atteinte, il y a trente ans, d'un chancre induré ; dernièrement, elle a éprouvé, dans la région précordiale, des sensations de pression, accompagnées d'élançements survenant et disparaissant soudain sans s'irradier dans les bras ; on a trouvé à l'autopsie de petites cicatrices dans l'épaisseur des ventricules, en même temps que de l'athérome des coronaires et de leurs ramifications, ainsi que de l'aorte qui était un peu dilatée. Peut-on affirmer que ces lésions fussent spécifiques ? Nous le pensons d'autant moins que dans ce cas l'iodure de potassium est resté sans action.

Le premier fait que rapporte le même auteur est, au contraire, de bon aloi ; en voici l'histoire résumée :

Un homme âgé de 29 ans entre à l'hôpital le 8 décembre 1879. Il ressent dans la région précordiale des accès de douleurs intenses, se produisant sous forme d'élançements qui irradient dans le dos et le bras gauche et s'accompagnent d'une sensation de pression, de constriction et d'angoisse. On note, à la fin des accès, des palpitations et une accélération notable des battements du cœur ; leur nombre s'élève jusqu'à 120 par minute. Ces accès se renouvellent d'abord rarement, puis tous les deux jours, et, dans ces derniers temps, presque tous les jours, le plus souvent dans l'après-midi. Ce malade a eu, six ans auparavant, un chancre suivi d'éruptions et de maux de gorge. L'examen du cœur ne révèle d'autre signe physique qu'une accentuation du deuxième bruit pulmonaire. On note l'existence d'une petite cicatrice sur le gland. Le malade est soumis à un traitement par l'iodure de potassium et les lotions froides. Au bout de peu de temps, il est complètement guéri. L'auteur a revu le malade après plusieurs années ; le mal ne s'est pas reproduit.

La guérison rapide de cette angine par le traitement ioduré et l'existence, chez ce malade, d'une syphilis antérieure ne permettent guère de douter qu'elle n'ait été une manifestation de cette maladie, surtout si l'on considère que l'âge du sujet permet d'exclure l'athérome des artères coronaires.

Une autre observation remarquable d'angine de poitrine syphilitique a été publiée récemment par Vitone (1) ; en voici le résumé :

N..., âgé de 34 ans, atteint d'une syphilis qui a débuté il y a quatre ans et a donné lieu, il y a trois ans, à des douleurs profondes et lancinantes dans les membres inférieurs, ainsi qu'à des céphalées accompagnées de vertiges, est pris, en avril 1883, d'accès caractérisés par une douleur siégeant dans la région précordiale et le côté gauche de la poitrine ; ils se renouvellent plusieurs fois par jour ; les sensations irradient dans le bras gauche et s'accompagnent d'une gêne respiratoire avec sensation de suffocation. Leur durée est courte ; quelques-uns s'accompagnent d'une *augmentation de la chaleur et d'hyperhidrose dans tout le côté gauche du corps*. Ils surviennent plus fréquemment avant les repas qu'après. Pendant leur durée, le malade pâlit et porte la main à sa poitrine ; il est contraint de s'arrêter s'il marche. L'examen du cœur donne des résultats absolument négatifs. Le malade ayant eu anté-

(1) VINCENZO VITONE, Un caso d'angino pectoris per syphilide (*Morgagni*, 1883).

rieurement des accidents d'impaludisme et la syphilis, on pouvait se demander à laquelle des deux maladies ces accès se rattachaient. Les résultats du traitement employés sont venus juger la question. Tandis que le sulfate de quinine resta sans action sur eux, ils furent, au contraire, rapidement enrayés par la cure mercurielle; des injections sous-cutanées d'un centigramme de sublimé dissous dans un gramme d'eau distillée ayant été pratiquées tous les jours, dès le sixième les accès cessèrent de se produire; il n'est donc pas douteux qu'il ne se soit agi là d'une angine de poitrine d'origine syphilitique.

Les troubles vaso-moteurs qui, dans ce cas, se sont produits au moment de plusieurs accès dans toute la moitié gauche du corps nous paraissent dignes d'attention, car ils sont étrangers à la symptomatologie de l'angine de poitrine vulgaire, et nous allons voir que, dans notre fait personnel, des phénomènes très analogues ont été observés. Nous aurons à revenir sur l'intérêt qu'ils présentent au point de vue de la physiologie pathologique de ces angines.

Vitone (1) a depuis lors publié un second cas d'accidents cardiaques provoqués par la syphilis; il s'est agi encore d'accès douloureux qui siègeaient au-devant du cœur et se renouvelaient plusieurs fois par jour sans signes appréciables d'une maladie organique. Comme les premiers, ils ont cessé après des injections de sublimé renouvelées quotidiennement. L'angine de poitrine était ici moins nettement caractérisée.

M. A. Fournier (2) a observé, chez une jeune femme atteinte d'une syphilis à la période secondaire et présentant des troubles de l'innervation imputables à une hystérie qui avait été mise en activité par le développement de la maladie infectieuse, des accidents tout à fait semblables à ceux de l'angine de poitrine; ils ont disparu rapidement sous l'influence du traitement par les pilules de proto-iodure d'hydrargyre.

Le fait suivant, observé chez un de nos malades de la ville, a présenté des particularités qui le différencient de l'angine de poitrine vulgaire et nous paraissent dignes d'attention, non seulement par l'intérêt qu'elles offrent au point de vue clinique, mais aussi par le jour qu'elles peuvent jeter sur la physiologie pathologique de cette affection.

X..., Agé de 36 ans, a contracté en janvier 1867 un chancre induré; sa syphilis a évolué les années suivantes avec une intensité moyenne, se traduisant successivement par une roséole, une éruption papuleuse généralisée et une série d'éruptions papulo-tuberculeuses en corymbes. A partir de l'année 1871, les manifestations cutanées ont cessé, soit par le fait de l'évolution naturelle de la maladie, soit sous l'influence des traitements énergiques par le mercure et l'iodure de potassium, auxquels le malade a été constamment soumis.

(1) VINCENZO VITONE, *Un secondo caso die nervosi cardiaca per syphilide* (la *Terapia moderna*, 1886).

(2) Communication orale.

Onze années se sont écoulées sans aucun accident, et l'on peut espérer une guérison quand se produisent les accidents sur lesquels nous désirons appeler l'attention.

Le 19 août 1878, X... est réveillé pendant la nuit par une sensation profonde et angoissante dans la région précordiale ; elle irradie vers l'épaule gauche, sa durée est seulement de quelques instants.

Le 20, deux accès semblables se produisent également pendant la nuit, un autre survient dans la journée ; ils ne se prolongent guère plus d'une minute. Nous constatons qu'il n'existe chez X... aucun signe d'affection cardiaque ; les bruits sont normaux au niveau des différents orifices ; le cœur a ses dimensions normales, la santé générale est bonne.

Le 21, le malade note un accès nocturne et trois accès diurnes ; leur intensité est variable. Constamment ils débutent par une anxiété précordiale accompagnée de sensations anormales qui irradient vers l'épaule gauche, et parfois s'étendent dans le bras, tantôt jusqu'au coude, tantôt jusqu'à l'extrémité des trois derniers doigts. Ces sensations sont, d'après le dire du malade qui s'observe bien, difficiles à définir, pénibles et angoissantes plutôt que réellement douloureuses. Leur siège, leur irradiation, leur retour sous forme d'accès, caractérisent nettement une angine de poitrine ; nous nous demandons tout d'abord quelle peut en être la cause.

X... ne fait pas usage du tabac, il est trop jeune pour que l'athérome des coronaires soit probable chez lui, mais il présente les attributs de la diathèse arthritique ; il a eu dans son enfance et jusqu'à l'âge de 25 ans des accès d'asthme ; à 28 ans, un rhumatisme articulaire subaigu ; à 29 et à 30 ans, des accès de goutte ; il est enfin sujet à la migraine ; il a du pityriasis capitis, de l'eczéma et des hémorroides ; d'autre part, engagé dans d'importants travaux, il s'est surmené beaucoup dans ces derniers temps. C'est dans l'une de ces deux influences, l'arthritisme ou la fatigue cérébrale, que nous croyons d'abord devoir chercher la cause des accidents, sans nous dissimuler qu'aucune des deux hypothèses n'est satisfaisante. Quatre accès s'étant produits le 22, nous prescrivons le 23 l'application d'un vésicatoire sur la région précordiale en même temps que l'ingestion quotidienne de 4 grammes de bromure de potassium. Les accès cessent de se produire jusqu'au 29.

Le 30, accès léger ; le 31, trois accès. Leurs caractères se modifient ; l'un d'eux s'accompagne d'une sensation de constriction à la base du cou (liée probablement à de l'œsophagisme) et de froid dans la moitié gauche de la tête ; au moment où ils se produisent, le malade, s'il marche ou s'il cause, est obligé de s'arrêter soudainement et de rester pendant une minute ou deux immobile et silencieux. Il continue néanmoins sa vie habituelle. Un de ces accès s'étant produit au moment où nous l'examinions, nous avons pu constater qu'il ne s'accompagnait d'aucune modification dans les caractères du pouls.

Le 1^{er} septembre, faisant à la campagne, par un grand vent, une course en cabriolet, il est pris d'un accès plus violent qui s'accompagne de frissonnements convulsifs dans le bras gauche et le côté gauche du cou.

Le 3 septembre, trois nouveaux accès ; le 4, un second vésicatoire est appliqué ; X... cesse ses occupations régulières et se soumet à un repos relatif ; le 5 et le 7, accès légers avec irradiation dans le côté gauche de la face et le bras gauche. Les accidents cessent pendant cinq jours.

Le 14, il se produit quatre accès d'une durée de deux à trois minutes, ils sont de nouveau modifiés ; l'anxiété précordiale est toujours le phénomène

prédominant et le plus pénible, mais il s'y ajoute une sensation de froid et un léger frissonnement dans tout le côté gauche du corps depuis la tête jusqu'au pied ; il n'y a plus d'irradiation dans le bras. Il semble que, contrairement à ce qui se passait au début, l'exercice ait maintenant une influence sur le retour des accès, car ils reviennent le plus souvent après une promenade ; ils s'accompagnent parfois d'une sensation de constriction et de battements dans la région épigastrique. X... part pour la campagne.

Le 15, deux accès assez légers ; ils continuent à se compliquer d'une sensation de froid ; on remarque, pendant qu'ils se produisent, que le côté gauche de la face est plus pâle.

Le 16, deux accès surviennent le matin avant toute fatigue ; l'usage du bromure de potassium est suspendu ; nous commençons un traitement par les courants galvaniques ; le malade ne peut supporter d'abord que l'application de 7 éléments ; le pôle positif est appliqué au-devant de l'extrémité stomacale, le pôle négatif à la base du cou, du côté gauche.

Le 17, deux accès, l'un au lit, l'autre à table ; ils sont légers, mais pour la première fois ils atteignent une durée de six minutes.

Le 18, un accès léger, séance de galvanisation ; le malade supporte 15 éléments.

Le 19, un accès léger ; le 20 au matin, deux accès : l'un d'eux s'accompagne à la fin d'irradiations dans le bras gauche et le côté correspondant de la tête.

Du 21 au 28, le malade a, chaque jour, d'un à trois accès d'une intensité légère ou moyenne ; les séances de galvanisation sont continuées jusqu'au 28, tous les jours.

Le 29, X... éprouve trois accès relativement forts ; comme précédemment, les sensations irradient dans tout le côté gauche du corps, elles s'étendent même au côté droit de la face ; le malade accuse, quand les accès vont se terminer, un trouble passager de la respiration, qui devient plus profonde ; il fait une expiration prolongée.

Le 30, application de pointes de feu dans la région précordiale. Nous les renouvelons le 4 octobre ; les accès continuent à se produire.

Le 5, les accès se modifient encore une fois ; ils débutent maintenant par une sensation de constriction sus-sternale ; vient ensuite une irradiation de courte durée dans le bras gauche, suivie d'un étourdissement qui dure quelques secondes et contraint le malade à s'asseoir ; il éprouve alors une sensation très prononcée d'engourdissement en même temps qu'une parésie du pied droit ; ces phénomènes persistent pendant plusieurs minutes.

Les mêmes résultats se reproduisent à deux reprises dans l'après-midi ; l'état du malade est néanmoins fort satisfaisant dans l'intervalle des accès ; il fait ce même jour 4 kilomètres à pied.

Le 6, même accès avec engourdissement du pied droit au moment du lever.

Le 7 et le 9, application de pointes de feu dans la région précordiale ; un accès le 10 avec étourdissements, engourdissement et parésie du pied droit, sensation de vertige dans le côté gauche de la tête. Le 11, application de pointes de feu ; le 12, trois accès semblables aux précédents ; mêmes accidents le 13 et le 14, nouvelle application de pointes de feu ; le 15, un accès s'accompagne d'un engourdissement du pied droit assez prononcé pour faire boiter le malade pendant plusieurs minutes. En raison des antécédents syphilitiques, et malgré l'absence, à cette époque, dans la littérature médicale, de

troubles semblables observés dans la syphilis, nous prescrivons, d'accord avec M. le professeur Fournier, 3 grammes d'iodure de potassium.

Le 16, les accès continuent à se produire avec de nouvelles modifications; la sensation de constriction sus-sternale est maintenant faible ou nulle; le malade ressent à peu près simultanément l'étourdissement dans le côté gauche et la parésie du pied droit; le premier dure quelques secondes, la seconde persiste beaucoup plus longtemps que précédemment, quelquefois pendant une demi-heure.

Le 17, les accès sont très légers. Le 19, ils ne se traduisent plus que par une parésie très légère du pied droit.

A partir du 21, c'est-à-dire six jours après le commencement de la cure iodurée, qui a été longtemps continuée ultérieurement, les accidents cessent définitivement de se produire.

Nous avons dû dès lors modifier notre diagnostic nosologique et admettre qu'il s'était agi d'accidents spécifiques.

Nous avons revu le malade récemment, neuf ans après sa guérison; jamais, depuis lors, il n'a éprouvé rien de semblable; il y a donc les meilleures chances pour qu'il soit guéri de son angine de poitrine ainsi que des troubles de l'innervation encéphalique qui l'ont compliquée.

Avant d'aller plus loin, nous devons établir qu'il s'est bien agi là d'une angine de poitrine, et rechercher comment elle a pu, dans les derniers temps, dévier de la forme classique et se métamorphoser graduellement en un autre type clinique. On pourrait, en effet, mettre en doute le diagnostic si l'on ne considérait que les derniers accès dans lesquels la sensation précordiale avait presque entièrement disparu et fait place à des manifestations étrangères à la maladie; mais au début, et pendant près de six semaines, l'affection a présenté, au contraire, les caractères classiques de l'*angor pectoris*. Nous avons vu, en effet, qu'elle se traduisait par des accès très courts de sensations rétro-sternales accompagnées d'angoisse et irradiées souvent dans le bras gauche, quelquefois jusque dans les extrémités des doigts. Ces traits sont pathognomoniques, ils suffisent pour faire admettre que nous avons eu bien réellement affaire à cette affection. Les accidents qui sont venus ultérieurement en modifier la physionomie et donner lieu à un tableau symptomatique non décrit jusqu'ici peuvent être rapportés à des troubles réflexes dans l'innervation vaso-motrice. Nous avons vu, en effet, qu'ils ont consisté d'abord en des sensations de froid et d'engourdissement dans la moitié gauche de la tête, puis dans toute la moitié gauche du corps, plus tard en un étourdissement localisé au même côté du crâne et suivi d'une parésie passagère de l'extrémité inférieure droite. On a décrit souvent, dans l'angine de poitrine, des sensations associées et des phénomènes réflexes qui s'expliquent par les anastomoses du plexus cardiaque; les troubles anormaux qui se sont produits chez notre malade peuvent être rapportés à une excitation du centre bulbaire qui tient sous sa dépendance l'innervation des vaso-mo-

teurs dans la moitié gauche du corps ; la parésie passagère de l'extrémité inférieure droite s'explique ainsi par l'ischémie passagère du centre moteur dans l'hémisphère gauche. L'ordre chronologique dans lequel se succédaient, dans les derniers accès, la sensation sus-sternale, l'étourdissement et la parésie passagère du pied droit ne sont guère susceptibles d'une autre interprétation. Une excitation paralysante partant du sympathique cervical pour aller s'exercer directement sur le centre moteur du pied dans l'encéphale se comprendrait difficilement.

Nous ne connaissons dans la littérature médicale d'autre fait qui présente, à ce point de vue, quelque analogie avec le nôtre que celui de Vitone ; nous avons vu, en effet, que les douleurs d'angine de poitrine s'y étaient plusieurs fois accompagnées de sensation de chaleur avec hyperhidrose dans toute une moitié du corps ; là encore il se produisait une excitation à distance du centre bulbaire d'innervation vaso-motrice, mais avec cette différence qu'elle avait pour effet la dilatation et non la constriction des vaisseaux.

Dans sa description de l'angine à forme vaso-motrice, M. Huchard ne cite qu'un cas dans lequel les troubles aient été aussi limités à une moitié du corps, c'est celui de M. Marie ; mais dans ce fait le refroidissement précédait l'accès. L'angine de poitrine vaso-motrice de Landois (1) diffère de même de celle que nous avons observée : le trouble vasculaire y est le fait initial ; il se produit en premier lieu une excitation ou une paralysie des vaso-moteurs ; le cœur n'est intéressé que secondairement par suite des troubles que subit l'innervation vaso-motrice ; les sensations angineuses succèdent aux désordres de la circulation périphérique au lieu de les précéder et de les dominer comme dans notre fait.

Les symptômes observés permettent-ils de déterminer le siège du mal ? Nous croyons pouvoir répondre affirmativement. Les troubles réflexes si remarquables qui sont venus chez X... compliquer et modifier le tableau de l'angine de poitrine ne peuvent guère, en effet, comme les autres symptômes, s'expliquer que par une lésion des filets sympathiques du plexus cardiaque. On conçoit que des néoplasies développées sur leur trajet aient pu donner lieu d'abord aux sensations caractéristiques de l'angine de poitrine avec les irradiations brachiales, puis que, de nouvelles productions se développant, comme il est de règle dans la syphilis ancienne, au voisinage des premières, aient intéressé d'autres parties du sympathique et produit ainsi les nouvelles sensations et les réflexes vaso-moteurs si remarquables dans les derniers accès, en même temps que l'évolution rétrograde des lésions initiales amenait graduellement la disparition des phénomènes angineux proprement dits.

(1) LANDOIS, Der Symptomen-Complex Angina pectoris, etc. (*Correspondenz Blatt für Psychiatrie*, 1886).

Nous ne voyons pas d'autre explication possible, et par cela même l'hypothèse d'une endartérite localisée dans les coronaires, et nous éliminons les symptômes de l'angine en réduisant la circulation intra-pariétale du cœur et le mettant ainsi hors d'état de fonctionner lorsqu'une cause quelconque venait le contraindre à un travail plus grand. On peut, il est vrai, invoquer en sa faveur, d'une part, les autopsies qui, dans plusieurs cas d'angine de poitrine, n'ont pas révélé d'autre lésion; d'autre part, le développement assez fréquent, sous l'influence de la syphilis, de lésions des artères capables d'en amener le rétrécissement et l'obstruction; mais on ne s'expliquerait pas, dans cette interprétation, les troubles vaso-moteurs qui sont venus compliquer l'angine, et d'un autre côté, dans la théorie que nous venons d'indiquer, les accès ne doivent se produire qu'au moment d'efforts, comme ils le font d'habitude dans l'angine de poitrine vulgaire, alors que chez notre malade ils ont été plusieurs fois nocturnes. Ajoutons que la guérison complète que nous avons obtenue si rapidement par le traitement ioduré ne s'expliquerait guère s'il s'agissait d'une endartérite. On pourrait cependant formuler, relativement à cette pathogénie, une hypothèse d'accord avec cette théorie vasculaire qui tend à prédominer aujourd'hui, ce serait celle d'un spasme des petits vaisseaux cardiaques provoquant l'ischémie des parois vasculaires comme dans le cas d'endartérite oblitérante, mais survenant passagèrement par le fait de l'excitation des filets sympathiques sous l'influence de la néoplasie. Cependant les caractères des sensations toutes particulières, impossibles à définir faute de comparaison, d'après le dire du malade, et consistant bien plutôt en une angoisse qu'en une douleur réelle, doivent peut-être leur faire attribuer pour siège le sympathique lui-même. Quoi qu'il en soit, nous croyons pouvoir conclure, malgré l'absence d'autopsie, à une lésion du plexus cardiaque et plus particulièrement de ses filets sympathiques, car il n'y a eu d'autre trouble appréciable dans les fonctions du nerf vague que le léger trouble respiratoire signalé dans quelques-uns des derniers accès.

Quelle peut être la nature de cette lésion? L'athérome de l'aorte et la dilatation consécutive de ce vaisseau sont susceptibles d'amener la compression des rameaux nerveux; mais ce sont là des lésions indélébiles, et notre malade a guéri. Il a eu, à plusieurs reprises, des accidents indiquant chez lui l'existence de la diathèse dite arthritique; mais s'il s'agissait d'une angine de poitrine de cette nature, on ne s'expliquerait pas la guérison en quelques jours par l'iodure de potassium. On pourrait penser à des phénomènes d'hystérie, mais X... n'est pas névropathe. Il n'y a pas non plus d'alcoolisme à mettre en cause. On ne peut admettre enfin des troubles nerveux liés à une dilatation de l'estomac, car cet état morbide, nous l'avons constaté récemment, n'existe pas chez ce sujet.

Reste la syphilis : or, l'action si puissante et en même temps si rapide, on peut dire véritablement héroïque, du traitement ioduré sur ce mal qui avait résisté aux médications les plus énergiques et particulièrement au bromure de potassium, aux cautérisations répétées avec le fer rouge et aux applications souvent renouvelées de courants galvaniques, nous paraît juger la question en faveur de cette maladie. Sans doute, M. Huchard assure avoir guéri, par cette médication, de nombreux cas d'angine de poitrine auxquels il n'attribue qu'exceptionnellement une origine spécifique ; mais cette guérison n'est survenue qu'au bout d'un traitement prolongé pendant six mois, souvent pendant une année. Chez notre malade, au contraire, les accidents ont complètement cessé six jours après le début du traitement par l'iodure ; les manifestations syphilitiques sont, à notre connaissance, les seules qui puissent être aussi rapidement enrayées par ce médicament.

Nous formulerons, pour résumer les faits qui résultent de cette discussion, les propositions suivantes :

1° La syphilis peut donner lieu, dans ses périodes secondaire et tertiaire, à des accès d'angine de poitrine ;

2° Ces accès peuvent offrir le type classique de cette affection ;

3° D'autres fois, ils se compliquent d'autres troubles de l'innervation liée à une excitation réflexe des vaso-constricteurs ou des vaso-dilatateurs ; provoquent ainsi des sensations anormales de refroidissement ou de chaleur dans une moitié du corps avec frissonnements et hyperhidrose, et peuvent donner lieu à des parésies par ischémie des centres moteurs ;

4° Ils sont liés au développement de néoplasmes spécifiques sur le trajet du plexus cardiaque ou dans son voisinage immédiat ;

5° Ils peuvent se modifier dans leurs caractères sous l'influence de l'évolution des lésions, de leur disparition dans les points primitivement affectés et de leur extension à d'autres rameaux du sympathique ;

6° Ils peuvent guérir en peu de jours sous l'influence de la médication mercurielle ou iodurée et ne jamais se renouveler.

DOCUMENTS STATISTIQUES SUR LES SOURCES DE LA SYPHILIS CHEZ LA FEMME (1),

Par M. le professeur **A. FOURNIER.**

Dans un rapport récent que j'ai eu l'honneur de lire devant l'Académie, j'ai été amené d'une façon tout incidente à signaler un préjugé vulgaire, éminemment fait pour nuire à la cause de la prophylaxie publique de la syphilis. Tel est le point sur lequel je désire revenir aujourd'hui, avec quelques détails circonstanciés.

Le préjugé en question est le suivant. Nombre de personnes, parmi les gens du monde, à la vérité (mais notez que ce sont les gens du monde qui font et édictent les règlements relatifs à ladite prophylaxie, en leur qualité d'administrateurs, de policiers, de conseillers municipaux, de députés, etc.), nombre de personnes, dis-je, se représentent la syphilis comme une maladie dérivant exclusivement de la débauche, et exclusivement dangereuse pour ceux-là seuls qui s'y exposent on sait comment. « Il n'en est pas, dit-on, de la contagion syphilitique comme de la contagion de la variole, de la rougeole, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, etc. La syphilis ne va chercher personne; il faut aller la chercher, il faut s'y exposer volontairement, dans une rencontre aventureuse, pour en être victime. »

Conséquence: partant de ces prémisses, on se désintéresse volontiers de toute tentative de prophylaxie publique. « Et, en effet, ajoute-t-on, à quoi bon des mesures de prophylaxie pour protéger des gens qui pourraient tout aussi bien se protéger eux-mêmes? A quoi bon tout un arsenal de règlements administratifs et policiers pour réaliser ce que réaliserait bien mieux et plus sûrement la simple observance personnelle? » Etc., etc...

Un tel préjugé mériterait tout au plus les honneurs d'une simple mention, s'il restait inoffensif comme conséquence, comme résultats pratiques. Mais, comme il est de nature — vous venez de le voir — à desservir d'une façon gravement préjudiciable les intérêts de la santé publique, il doit être dénoncé à l'attention et énergiquement combattu.

Loin de moi, toutefois, le projet d'instituer ici une réfutation en règle et *in extenso* de ce déplorable préjugé, en démontrant toute une série de choses qui, pour des médecins, sont des vérités acquises. Chacun de nous sait que la syphilis s'égare souvent, très souvent, en frappant tels ou tels sujets qui sembleraient devoir être à l'abri de ses atteintes. Que de fois chacun de nous ne l'a-t-il pas vue sévir soit sur des femmes mariées et honnêtes, qui expient de la sorte la faute de leur mari; — soit

(1) Communication à l'Académie de médecine de Paris (séance du 25 octobre 1887.)

sur des enfants ; — soit sur des nourrices ; — soit sur les enfants, le mari, les nourrissons de ces nourrices ; — soit sur les bonnes, les gardes, l'entourage de ces enfants, etc., etc. ? Sans parler encore de ces lamentables contagions professionnelles dont ont été maintes fois victimes des médecins, des sages-femmes, des élèves en médecine ; — sans parler encore de ces contaminations « domestiques », comme on les appelle, que réalise fréquemment la vie en commun au contact d'un sujet ou surtout d'un enfant syphilitique. C'est ainsi que récemment (soit rappelé comme exemple) j'ai relaté l'histoire d'une véritable « épidémie de famille » dans laquelle *sept* personnes subirent les ricochets d'une syphilis introduite par une nourrice dans un très honnête ménage.

Je passerai donc sur tous ces points, de notoriété acquise, pour n'en retenir qu'un seul, l'un des plus importants à la vérité et celui sur lequel la démonstration est la plus difficile, la plus délicate à fournir, et même n'a pas été tentée, que je sache, jusqu'à ce jour.

Ce que je me propose seulement d'étudier dans cette courte note est ceci :

Sur un nombre donné de syphilis féminines, observées dans un certain milieu, combien en est-il qui dérivent d'une contagion *imméritée* ?

Ou bien, en d'autres termes et d'une façon plus précise : Sur un nombre donné de syphilis féminines, combien est-il de femmes qui aient contracté la syphilis dans les conditions moralement et socialement irrégulières qu'on a l'habitude de considérer comme les origines exclusives de la maladie ; — et combien en est-il, d'autre part, ayant reçu la syphilis dans des conditions précisément opposées, c'est-à-dire l'ayant reçue honnêtement, irréprochablement ?

Insoluble à l'hôpital, où nous ne connaissons guère nos malades que sur leurs déclarations et sans contrôle possible, un problème de cet ordre ne peut être abordé que dans la clientèle de ville. Là, en effet, il nous est souvent permis de pénétrer dans l'intérieur des familles, d'apprécier le milieu moral où nous observons, de recevoir des déclarations intimes, parfois même de réunir les conjoints, de comparer les symptômes morbides sur les deux époux, et d'en établir la filiation authentique de l'un à l'autre. C'est donc là que j'ai posé et poursuivi le problème. Comme pièces à conviction, je me suis servi des notes que j'ai l'habitude de recueillir sur mes clients syphilitiques, de façon à pouvoir surveiller, sans défaillance de mémoire, le traitement de longue haleine qui est nécessaire à leur maladie. Ces notes, je les ai dépouillées scrupuleusement pendant les loisirs des vacances dernières, par rapport au point spécial que j'avais à cœur d'élucider, et voici ce qu'elles m'ont fourni.

Depuis mon doctorat, c'est-à-dire depuis 27 ans, j'ai reçu dans mon cabinet 887 femmes affectées de syphilis (défalcation faite d'un certain nombre de cas où le diagnostic, pour des raisons diverses, est resté entaché de quelque incertitude).

Or, en premier lieu, ces 887 cas peuvent être catégorisés en deux groupes nettement définis et absolument distincts comme origine, lesquels se sont présentés dans le rapport numérique que voici :

1° Cas de syphilis d'origine sexuelle.....	842
2° Cas de syphilis d'origine non vénérienne.....	45
Total.....	887

Ce second groupe (disons-le immédiatement pour en finir tout aussitôt avec lui) est composé de cas très variés, n'ayant de commun entre eux que ce fait d'une origine non vénérienne. On y trouve :

- 7 cas de syphilis d'origine héréditaire ;
- 4 cas de syphilis accidentellement contractée dans l'enfance ;
- 8 cas d'infection transmise à des nourrices par des nourrissons héréditairement syphilitiques ;
- 5 cas relatifs à des sages-femmes qui furent infectées aux doigts ou à la main dans l'exercice de leur profession ;
- 12 cas de contagion domestique, dérivant de nourrissons, d'enfants, de nourrices ou de bonnes en état de syphilis (tous observés sur des femmes mariées ou sur des jeunes filles) ;
- 2 cas de syphilis transmise par le vaccin ;
- 2 cas de syphilis transmise par le cathétérisme de la trompe d'Eustache ;
- 1 cas consécutif à un viol ;
- 4 cas d'origine restée inconnue, mais d'origine très certainement étrangère à toute contamination d'ordre vénérien.

Total : 45

Ce sont donc là, à coup sûr, avec des origines variées, 45 cas rentrant dans la catégorie de ce qu'on appelle la syphilis des innocents, *syphilis insontium*, comme disaient nos pères. C'est donc là, conséquemment et par excellence, une première série de cas méritant le qualificatif de SYPHILIS IMMÉRITÉES.

Leur nombre s'élevant à 45 sur un total de 887, le pourcentage établit qu'elles sont à l'ensemble des syphilis de tout ordre dans une proportion de 5 0/0 (5,7 0/0, exactement). En conséquence, c'est dire tout à la fois qu'elles sont rares, relativement, et que cependant elles constituent, bien que rares, une certaine moyenne qui ne saurait être négligée.

Mais venons aux cas du premier groupe, qui nous intéressent d'une façon plus directe.

Ce premier groupe se compose, avons-nous dit, de 842 cas de syphilis dérivant de contamination sexuelle.

Or, sur quelles femmes ces 842 cas ont-ils été observés ? Quels étaient la situation sociale, l'état civil de ces femmes ? C'est là, pour la question que nous étudions actuellement, un point essentiel à déterminer ; c'est là ce que j'ai essayé de résoudre par le dépouillement de mes dossiers.

Eh bien, de mes notes et de mes souvenirs, scrupuleusement interrogés à cet égard, il résulte que ces 842 femmes peuvent être distribuées en trois catégories, de la façon suivante :

1° Femmes appartenant au monde galant, « irrégulières » de tout genre	366
2° Femmes mariées.....	220
3° Femmes de condition sociale restée inconnue.....	256
Total.....	842

Quelques explications sur ces divers chiffres.

I. — Il m'a été impossible 256 fois de connaître la condition sociale de mes malades.

Regrettable au point de vue de la statistique actuelle, l'élévation de ce chiffre n'est en rien faite pour vous surprendre. C'est qu'en effet le médecin qui est consulté dans son cabinet par une femme, et consulté à propos d'une maladie syphilitique, aurait vraiment mauvaise grâce à ouvrir une enquête sur l'état civil de sa cliente. Il reçoit les confidences qui peuvent lui être spontanément faites à ce sujet par sa malade ; mais les plus élémentaires convenances lui interdisent d'en provoquer. Je n'insisterai pas.

II. — En revanche, 586 fois j'ai pu catégoriser mes malades dans les deux groupes précités, à savoir : femmes du monde galant et femmes mariées.

Or, sur ces 586 malades syphilitiques, 366, ai-je dit, appartenaient au monde galant, soit d'une façon notoire de par un certain habitus extérieur qui ne trompe pas un œil un peu exercé, soit de leur propre aveu. C'étaient toutes des femmes de vie irrégulière, depuis la fille entretenue du grand monde, la courtisane de haute marque, jusqu'à la basse prostituée de brasserie ou d'arrière-boutique.

Les détails de répartition de ce groupe ultracomplexe ne nous intéresserait qu'accessoirement pour la question actuelle. Je les passerai donc sous silence, exception faite toutefois pour un seul point, à savoir la haute moyenne pour laquelle figure dans cette statistique le monde féminin des *théâtres*. 65 des femmes de ce groupe étaient des filles de théâtre, c'est-à-dire faisaient partie de cette tourbe interlope qui ne prend place dans le public artistique que pour le salir et qui compose ce qu'on pourrait plus justement appeler la *Prostitution sur les planches*.

III. — J'arrive en troisième lieu au point le plus curieux de cette statistique, à celui que je me suis proposé de mettre en relief dans cette communication, vu les résultats inattendus, surprenants même, dirai-je, qu'il va nous révéler.

Je veux parler de la moyenne relative pour laquelle prennent place parmi les femmes affectées de syphilis qu'on observe dans un certain milieu (à savoir le milieu de la clientèle de ville) les femmes honnêtes, les femmes mariées.

Eh bien, voici cette moyenne, telle qu'elle résulte de mes notes.

Sur les 586 malades dont je suis parvenu à connaître la position sociale, 220 étaient mariées ou se disaient mariées.

Quelle proportion tout d'abord !

Mais hâtons-nous d'apporter à ce chiffre quelques défalcatons nécessaires, de façon à le ramener à son taux véritable.

Retranchons-en d'abord — ce n'est que trop juste — 10 cas relatifs à des femmes qui, mariées, tenaient la syphilis non pas de leur mari, mais d'un amant ; — de même 10 autres cas dans lesquels les maris, examinés par moi, furent trouvés sains ; — de même encore 2 cas où la syphilis fut constatée sur les deux conjoints, mais avec impossibilité médicale d'établir lequel l'avait transmise à l'autre.

Défalquons même encore dudit chiffre, pour nous tenir à l'abri de toute erreur, 34 cas dans lesquels je n'ai pas vu les maris. Tous ces cas concernent bien des femmes mariées ou se disant telles, qui prétendaient

énergiquement tenir la contagion de leurs maris. Mais n'ayant pas eu, je le répète, l'occasion de visiter ou d'interroger ces 34 maris, je sacrifie ces 34 cas ; je n'en veux pas tenir compte, et cela en vue de ne pas entacher de la moindre suspicion le chiffre définitif qu'il me reste maintenant à produire.

Or, tous ces décomptes faits, toutes ces éliminations accomplies, il ne me reste pas moins un total de 164 *femmes mariées ayant reçu la syphilis de leurs maris*. Pour celles-ci, pas de doute, pas de discussion possible. Elles tenaient bel et bien, toutes, la syphilis de leurs maris. Car j'ai vu, de mes yeux vu lesdits maris ; je les ai examinés et les ai trouvés syphilitiques de par une infection antérieure à celle de leurs femmes ; je les ai interrogés et j'ai reçu d'eux leurs aveux, leur confession, leurs regrets, leurs lamentations. Les uns (au nombre de 82), syphilitiques *ante nuptias*, s'étaient mariés prématurément avec une syphilis non guérie, qu'ils avaient transmise à leurs femmes soit directement, soit par l'intermédiaire d'une conception. Les autres (au nombre de 39) avaient contracté l'infection *post nuptias* dans une escapade amoureuse, puis avaient contagionné leurs femmes soit par le chancre initial, soit plus souvent par des accidents secondaires, soit encore par une contamination fœtale (1).

Voilà donc — et ceci — en toute assurance, je le répète — un total de cent soixante-quatre femmes qui ont été honnêtement et conjugalement infectées de syphilis. Et notez bien (j'ai besoin encore d'insister sur ce point), notez bien que ce chiffre est certainement un *minimum*, un minimum très sûrement inférieur à la réalité des choses, puisque à dessein j'ai éliminé de ma statistique un certain nombre de cas *douteux*, dont quelques-uns à coup sûr auraient pu justement renforcer le chiffre en question.

Eh bien, ce minimum admis comme base de discussion, abaissons-le encore, si vous le voulez, en assimilant au public des femmes galantes toute la catégorie des malades (au nombre de 236) dont la condition sociale est restée inconnue de moi, et voyons quelle moyenne relative il représente.

Calcul fait, cette moyenne relative oscille entre 19 et 20 0/0. Mettons 19.

C'est-à-dire que, sur cent femmes affectées de syphilis, on en trouve quatre-vingt-une appartenant à la catégorie des irrégulières de tout ordre, et dix-neuf appartenant à celle des femmes mariées.

Quoi ! dix-neuf femmes mariées sur cent femmes syphilitiques ! Quoi ! une femme mariée sur cinq femmes syphilitiques ? N'est-ce pas là une proportion énorme, extraordinaire ? Qui de nous, Messieurs, se fût attendu à une pareille révélation de la statistique ? J'avoue que, moi-même, je suis resté stupéfait devant ce résultat, et qu'il y a trois mois, avant d'avoir commencé le dépouillement de mes dossiers, j'eusse taxé d'exagération le chiffre auquel j'ai été *contraint* d'aboutir. Et ce chiffre, cependant, je l'ai abaissé par toute une série de défalcations et de con-

(1) Pour les quarante-trois autres cas, j'ai négligé de spécifier dans mes notes si l'infection du mari était antérieure ou postérieure au mariage. Lacune regrettable, dont je m'accuse et saurai me garder pour l'avenir. — On me permettra de dire à ma décharge que les observations sur lesquelles est basée la statistique qui précède n'avaient pas été recueillies en vue de la question actuelle.

cessions que je viens de dire, si bien qu'il ne peut être, je le répète, qu'inférieur dans une certaine proportion à la réalité des choses. Et ce chiffre, je n'ai pas moi-même la liberté de le révoquer en doute ; car, d'une part, j'ai conscience d'avoir procédé au dépouillement en question avec une parfaite indépendance d'esprit et une rigueur scrupuleuse ; et, d'autre part, reposant sur les observations d'une pratique de vingt-sept ans, mon enquête exclut la cause d'erreur qui fausse tant de statistiques et qu'on appelle en langage technique le « hasard des séries ».

Donc, voilà le fait, dans sa brutalité expressive : sur cent cas de syphilis féminines, dix-neuf à vingt incombent aux femmes honnêtes et mariées.

Cette proportion, si extraordinaire et si lamentable qu'elle soit, force est de l'accepter (1).

Or, ne voyez-vous pas, Messieurs, la signification d'un tel chiffre ? En l'espèce, quelle réponse, quelle écrasante réponse à l'adresse de ceux qui veulent faire de la syphilis le monopole du monde galant ! En vérité, tout commentaire serait ici superflu, après une démonstration arithmétique aussi probante.

Mais ce n'est pas tout. Poursuivons.

Si nous voulons maintenant établir le bilan des syphilis auxquelles convient justement l'épithète d'*imméritées*, par rapport à celles que, peu charitablement, on a baptisées d'une dénomination contraire, il nous suffira d'ajouter à ce chiffre de dix-neuf pour cent celui de cinq pour cent, qui représente, comme nous l'avons vu précédemment, la moyenne des syphilis d'origine non vénérienne.

Or, de cette addition, résulte un total de *vingt-quatre pour cent*, comme moyenne des syphilis imméritées.

C'est-à-dire que, sur un total de cent syphilis féminines observées dans un certain milieu (à savoir, je le répète, la classe de nos clientes de ville), vingt-quatre dérivent de contaminations *honnêtes* (passez-moi l'expression), vingt-quatre sont contractées en dehors de toute condition d'irrégularité de vie, d'immoralité.

Quelle autre réponse — et celle-ci non moins positive et péremptoire que la première — à ceux qui se représentent et veulent représenter à autrui la syphilis comme un dérivé exclusif de la débauche !

Voilà, Messieurs, les deux chiffres qui ressortent du dépouillement de mes notes ; voilà ce que m'a appris ma pratique.

Eh bien, ces deux chiffres, j'ai tenu à les produire devant vous, j'ai cru qu'il était opportun et urgent de les produire, parce qu'ils contiennent un argument puissant contre les adversaires d'une prophylaxie publique de la syphilis. Depuis que cette question a eu ici les honneurs de l'ordre du jour, plusieurs fois, comme quelques-uns d'entre vous, sans doute, je me suis entendu opposer l'objection suivante : « Vous réclamez, me disait-on, une prophylaxie publique de la syphilis ; l'intention est bonne en principe. Mais à qui servira votre prophylaxie ? Presque exclusivement au public peu intéressant des libertins, des

(1) J'ai la grande satisfaction de pouvoir dire que mon illustre et très vénéré maître, M. Ricord, partage d'une façon absolue mon sentiment sur la fréquence de la syphilis chez la femme mariée. « Vous n'avez rien exagéré sur ce point, me disait-il après avoir entendu la lecture de cette note. Ce que vous avez vu, je l'ai vu comme vous, et dans les proportions que vous avez indiquées. »

viveurs, des coureurs de mauvais lieux, des Lovelace du trottoir, etc. Au total, vous travaillez *pour le public de la débauche*. Et qui sait même si votre prophylaxie ne sera pas un encouragement à la débauche par la sécurité qu'elle offrira ? Les syphilitiques, après tout, n'ont que ce qu'ils ont cherché, ce à quoi tout au moins ils se sont volontairement exposés. C'est affaire à ceux qui craignent la syphilis de ne pas encourir les risques de la contracter, etc. »

Or, cette objection, cette fin de non-recevoir contre toute tentative prophylactique, cette doctrine (car c'en est une), inutile de dire quel préjudice elle causerait à la cause que nous poursuivons, nous hygiénistes et médecins, si elle venait à se répandre parmi les gens du monde où se recrutent les administrateurs, les législateurs, les membres du parlement, c'est-à-dire à se répandre dans le public d'où doivent émaner en l'espèce comme en toutes choses les règlements et les lois. Fort heureusement, cette doctrine ne repose que sur une ignorance des conditions qui président à la propagation, la dissémination et la pérennité de la syphilis parmi nous. Elle sera répudiée sûrement par tous les hommes indépendants qui, examinant la question de près, ne pourront manquer d'aboutir à des résultats identiques ou analogues à ceux que nous venons de signaler.

Aussi bien, cette doctrine, ne saurais-je, pour ma part, la juger et la condamner assez sévèrement, au nom de l'expérience que m'a donnée en l'espèce une pratique déjà longue. Je n'hésite donc pas à la déclarer tout à la fois absurde et cruelle.

Elle est cruelle, d'abord, en ce qu'elle assimile les malheureux syphilitiques à des coupables, tout au moins à des suppôts de débauche « peu dignes d'intérêt », comme elle le dit ; — cruelle en ce qu'elle confond avec un délit ou une honte ce qui n'est le plus souvent le résultat que d'une malchance, d'une erreur ou d'un péché de jeunesse ; — cruelle en ce qu'elle condamne toujours, en ce qu'elle ne pardonne pas, etc. Pour un peu, cette austère et injuste doctrine nous ramènerait à quelques siècles en arrière, nous ramènerait à ce bon vieux temps où la syphilis était considérée comme une expiation méritée, comme un châtiment infligé à d'indignes pécheurs par le courroux céleste ; à ce bon vieux temps où, dans les asiles ouverts aux malades affectés de la « grosse vérole » (comme on disait alors), une bonne volée de verges servait à la fois de prélude et de finale au traitement de la maladie, ce qui n'a jamais eu, je crois, qu'une très médiocre influence thérapeutique.

D'autre part, elle n'est pas moins absurde que cruelle, cette doctrine, en ce qu'elle va à l'encontre de deux vérités que révèle la pratique. Je précise.

Elle est absurde en ce qu'elle méconnaît ce grand fait, que la syphilis vit et s'entretient de ricochets, c'est-à-dire de contagions qui s'irradient de n'importe qui sur n'importe qui ; — en ce qu'elle méconnaît toute la classe nombreuse, plus nombreuse qu'on ne le croit généralement (et je viens de le démontrer sur un point), des syphilis issues de toute autre source que la débauche ; — en ce qu'elle méconnaît, par exemple, la syphilis héréditaire, la syphilis des femmes mariées, victimes d'une faute de leurs maris, la syphilis des nourrices, la syphilis des nourris-

sons, les syphilis professionnelles, les syphilis domestiques, les syphilis accidentelles, et d'autres encore que j'oublie.

Elle est absurde encore, cette doctrine, en ce que, relativement aux syphilis de contagion génitale, elle les range toutes sur la même ligne, pour les déclarer toutes également indignes de commisération, de pitié, également indignes d'une sauvegarde prophylactique. Certes, oui, la syphilis frappe le public de la débauche ; mais, bien malheureusement, elle ne frappe pas que lui.

Les syphilitiques, j'en parle par expérience, sont bien loin d'être ce que les représentent certains moralistes intolérants. Pour l'immense majorité (j'ai presque honte à dire de telles naïvetés, mais il faut bien que je les dise, puisqu'elles ont trouvé des contradicteurs), pour l'immense majorité, les syphilitiques sont des individus comme tout le monde, ne valant ni mieux ni pis que le commun des mortels. Pour un très grand nombre, la syphilis a été un malheur presque immérité ; sans compter que, pour certains, elle a été la conséquence néfaste de quelques rares écarts, voire parfois d'un écart unique, comme, par exemple, lorsqu'il lui arrive de sévir sur un débutant. En tout cas, la syphilis n'est que le résultat d'une faute si commune que ladite faute est presque générale chez les hommes de notre société, laquelle ne vaut guère moins, je pense, que celle des siècles passés, laquelle même, d'après quelques-uns, vaudrait beaucoup mieux. Dites-nous donc un peu, messieurs les rigoristes, combien il est d'hommes de notre temps qui ne se soient pas exposés à la syphilis, qui ne l'aient pas « méritée », ne serait-ce qu'une fois, dans toute leur vie ? En vérité, si ceux-là seuls qui sont absolument « sans péché » étaient autorisés à « jeter la première pierre » aux malheureux syphilitiques, je ne craindrais guère pour nos malades une lapidation bien confluente.

Donc, en l'espèce, un peu plus d'indulgence et de charité serait bien de circonstance, si je ne m'abuse.

Donc aussi — et telle est la conclusion que vise cet exposé — une prophylaxie publique de la syphilis ne ferait pas assurément que servir les intérêts de ce qu'on appelle le public « peu intéressant » de la débauche ; elle ferait autre chose qu'on oublie ou qu'on affecte de ne pas voir. En attaquant, en diminuant la syphilis dans ses origines les plus communes, à savoir dans ses origines vénériennes (au sens étymologique du mot), elle diminuerait du même coup le nombre des syphilis *imméritées*, qui sont filles de ces dernières, comme le démontre la pratique et comme je viens de l'établir pour l'une de leurs nombreuses variétés. Or, celles-ci — on me l'accordera bien, je pense — ne laissent pas d'être dignes d'intérêt.

On nous dit : « Vous travaillez pour la débauche. » Sans doute, la catégorie des syphilis issues de la débauche sera la première à bénéficier d'un système prophylactique fonctionnant avec efficacité. Mais, d'abord, n'est-ce pas œuvre d'utilité publique, non moins qu'œuvre charitable, que de sauvegarder d'une telle maladie ceux-là mêmes qui s'y exposent, et qui s'y exposent le plus souvent dans un moment d'oubli ? Puis, en second lieu, ne voyez-vous pas, je le répète encore, que restreindre les syphilis de cet ordre, ce serait restreindre *ipso facto* les contagions de ricochet qu'elles disséminent dans un autre milieu, celui des familles tout particulièrement.

Bref (et ce sera là mon dernier mot), instituer une prophylaxie publique de la syphilis, ce n'est pas seulement, comme on nous le reproche, travailler pour la débauche (vous voyez que j'ai le mot sur le cœur et qu'il revient incessamment sous ma plume); ce n'est pas seulement protéger ceux qui auraient un moyen plus efficace de se sauvegarder eux-mêmes, c'est, de plus, protéger ceux qui n'ont pas les mêmes moyens de se sauvegarder, à savoir, pour n'en citer que deux classes, mais les plus intéressantes entre toutes, les *femmes honnêtes* et les *enfants*, victimes innocentes par excellence du redoutable fléau. Instituer une prophylaxie publique de la syphilis, c'est, en réalité, protéger *tout le monde*, voilà la vérité; — c'est entreprendre une croisade d'utilité publique, une croisade digne des efforts de tous, médecins, hygiénistes, administrateurs; — c'est, en un mot, *assainir* d'une façon générale, et assainir dans un intérêt général.

RECUEIL DE FAITS.

BLENNORRHAGIE. — CONJONCTIVITE BLENNORRHAGIQUE, SANS INOCULATION DIRECTE. — PÉRIOSTITE ET ARTHRO- PATHIES BLENNORRHAGIQUES.

Observation recueillie dans le service de M. le professeur **FOURNIER**,
par M. **Nivet**, externe des hôpitaux.

Le nommé C..., âgé de 17 ans 1/2, fondeur en cuivre, entre le 23 octobre 1886 salle Saint-Louis, lit n° 18.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires. — Son père et sa mère n'ont jamais eu d'attaques de rhumatisme. — Lui-même se porte bien d'habitude, et, comme il nous le dit, « il n'aurait pas fait une heure de maladie, » s'il n'avait attrapé la chaudepisse au mois de mai dernier. Il entra à l'hôpital à cette époque et en sortit au bout de deux mois à peu près complètement guéri. Pendant les quelques jours qui suivirent sa sortie, il persista un léger écoulement, puis tout disparut ou sembla disparaître.

Il y a environ 15 jours, à la suite d'une « petite noce » entre amis, il s'aperçut qu'il coulait un peu. C'était « si peu de chose » qu'il n'y fit aucune attention; mais cinq jours environ après le début de cet écoulement, son œil droit commença à être le siège de « picotements », en même temps que les paupières se tuméfaient et devenaient rouges. — Le lendemain, les douleurs oculaires augmentaient; les paupières étaient agglutinées au réveil. Le surlendemain, la sécrétion d'un liquide séro-purulent était assez abondante pour s'écouler librement en dehors du grand angle de l'œil. — Puis, l'œil gauche, intact jusqu'alors, se prit à son tour, et présenta bientôt les mêmes lésions que l'autre. — Un médecin, qui vit le malade à ce moment, lui fit faire des lavages répétés des yeux, et lui instilla quelques gouttes d'un collyre sur lequel le malade ne peut nous donner aucun renseignement. — Sous l'influence de cette médication, un mieux très sensible ne tarda pas à se déclarer.

Mais en même temps que se produisaient ces lésions du côté des yeux, le malade ressentait pendant la marche des douleurs vagues dans les articulations des membres inférieurs.

À son entrée à l'hôpital, voici ce que nous constatons :

L'écoulement est à peu près terminé :

C'est à peine si après plusieurs tentatives nous parvenons à faire sourdre du canal une petite gouttelette d'un mucus jaunâtre et filant.

En revanche, le malade est porteur d'un balano-posthite intense.

Du côté des yeux, on trouve une légère injection de la conjonctive oculopalpebrale plus prononcée à gauche qu'à droite.

Douleurs vagues dans quelques-unes des articulations du membre inférieur droit (articulation tibio-tarsienne et articulation du genou). — Les jointures affectées n'offrent rien que de normal; elles ne sont pas tuméfiées et conservent la plénitude de leurs fonctions; mais la pression au niveau de l'interligne articulaire produit de la douleur.

25 octobre. Le malade a été pris cette nuit de violentes douleurs oculaires

et péri-orbitaires du côté droit, douleurs qui l'ont empêché de dormir. Ce matin, on constate de la photophobie, une injection conjonctivale et périkératite assez intense; les mouvements de l'iris sont paresseux.

Les douleurs articulaires n'ont pas varié, mais elles ont envahi la hanche gauche et les articulations chondro-sternales gauches.

Traitement. — Sangsues à la tempe; collyre à l'atropine; compresses chaudes.

26 octobre. Les douleurs de l'œil ont été moins violentes pendant la nuit. Mais l'injection conjonctivale et périkératite est plus intense, et la photophobie plus prononcée. L'iris, dont les mouvements sont absolument abolis, est déformé à sa partie inférieure.

Même état au point de vue des douleurs articulaires.

Même traitement.

30 octobre. Depuis deux jours l'œil droit est bien amélioré, et l'iritis est en voie de guérison; mais aujourd'hui on constate du côté de l'œil gauche les lésions d'une iritis au début.

Le malade accuse toujours des douleurs vagues à la jambe droite; mais il ne souffre plus de la hanche gauche.

Traitement. — Collyre à l'atropine, compresses chaudes, etc.

31 octobre. L'iritis gauche augmente, tandis qu'à droite elle s'atténue de plus en plus.

5 novembre. Une nouvelle alternance du phénomène s'est produite aux yeux; l'œil droit, qui était guéri, se trouve repris, tandis que l'œil gauche est en voie d'amélioration.

Traitement. — Calomel, 80 centigrammes en 4 paquets; collyre à l'atropine; compresses chaudes, etc.

Les douleurs articulaires du pied et du genou droit sont stationnaires; mais les muscles de la jambe sont douloureux.

9 novembre. Pas d'aggravation du côté des yeux. Mais aujourd'hui on constate au niveau de la tête du péroné droit une douleur assez vive à la pression: cette douleur se continue tout le long du péroné et se retrouve encore, mais moins forte, quand on exerce une pression au niveau de la malléole externe.

Les mouvements dans le genou et dans l'articulation tibio-tarsienne droits sont douloureux: ces articulations n'offrent rien d'anormal.

Au niveau de la partie interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil du pied droit, la peau est tuméfiée, rouge, luisante. La pression au niveau de l'interligne articulaire n'est pas douloureuse, tandis que la pression sur la partie interne de la tête du métatarsien provoque une vive douleur.

Mêmes douleurs à la pression, au niveau de la partie externe de la clavicule gauche; mais, en ce point, la peau a conservé son aspect normal.

Traitement. — Badigeonnage à la teinture d'iode, etc., etc.

16 novembre. Les yeux sont complètement guéris; il ne reste qu'une légère injection conjonctivale.

Les douleurs du pied et de la jambe droite restent les mêmes. Celles de l'épaule ont presque complètement disparu.

21 novembre. Depuis quelques jours le malade trouve que les douleurs ont beaucoup diminué; les mouvements du genou et du pied sont tolérés sans souffrance, et la pression de la face interne du gros orteil ne réveille plus qu'un léger endolorissement.

Le malade se lève.

26 novembre. Le malade sort de l'hôpital, bien que la marche soit encore un peu douloureuse.

REVUE GÉNÉRALE.

NEUVIÈME CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DE WASHINGTON.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Nous regrettons vivement qu'un dermatologiste français ne se soit pas rendu à Philadelphie : il aurait pu donner à nos lecteurs un compte rendu original des séances, tandis que nous ne pouvons que résumer ce qu'en ont dit les divers journaux. Il est vrai que ce congrès a quelque peu trompé nos espérances ; les communications qui y ont été faites sont rares et n'ont pas une bien grande importance : les discussions ont manqué d'ampleur. On le comprendra sans peine, quand on saura que parmi les dermatologistes connus d'Europe nous n'y avons vus cités que deux noms : Unna, d'Allemagne, et G. Thin, d'Angleterre ; un grand nombre de dermatologistes marquants d'Amérique se sont abstenus d'y paraître. Parmi ceux qui ont pris la parole, nous avons vainement cherché White, de Boston ; Duhring, de Philadelphie ; L.-D. Bulkley, de New-York ; Piffard, Taylor, P.-A. Morrow, Atkinson, Bronson, Stelwagon, Wigglesworth, Nevins Hyde, etc... Aussi, malgré les louables efforts du président de la section A.-R. Robinson, de P.-G. Unna et de quelques autres savants, cette réunion n'a-t-elle pas donné tout ce que l'on était en droit d'espérer, après les brillants résultats des congrès précédents.

Séance de l'après-midi du lundi 3 septembre 1887.

Présidence de A.-R. ROBINSON (de New-York).

Le Dr A.-R. ROBINSON, dans son discours d'ouverture, après avoir souhaité la bienvenue aux collaborateurs étrangers qui ont bien voulu honorer le congrès de leur présence, expose quelques considérations au sujet des études dermatologiques et en particulier de l'enseignement de la dermatologie tel qu'il existe en Amérique. Il fait ressortir toute l'insuffisance de cet enseignement, qui se borne à une leçon clinique par semaine, dans les écoles où la dermatologie est considérée comme digne d'une attention spéciale : or, comme on n'examine jamais les élèves sur ces matières, ils se dispensent de venir à ces cours, et lorsqu'ils sont reçus médecins, ils ne sont même pas capables de distinguer un eczéma d'une éruption syphilitique ; ce qui ne les empêche pas de soigner sans hésitation aucune toutes les dermatoses qu'ils rencontrent dans leur pratique. Il est donc impossible, ajoute le Dr Robinson, d'apprendre la dermatologie en Amérique, bien que l'on puisse à la rigueur acquérir les connaissances nécessaires en suivant quelques dispensaires privés ; mais quand on veut faire sur ce point des études approfondies, il est nécessaire d'aller en Europe. A Londres, on n'utilise pas les malades pour l'enseignement. A Paris, les immenses matériaux qui sont accumulés à l'hôpital Saint-Louis n'attirent pas les élèves :

c'est donc à Vienne que se rendent tous les futurs dermatologistes, car cette ville leur offre toute sorte de facilités d'instruction. L'auteur y trouve des inconvénients fort sérieux. Il n'y a pas de centre d'études dermatologiques en Amérique : chaque dermatologiste américain conserve malgré lui les idées et les tendances des écoles étrangères où il a fait ses études : aussi n'y a-t-il pas à proprement parler d'école dermatologiste américaine.

Lorsqu'il rentre en Amérique, le médecin qui revient de faire ses études, désireux de se faire connaître comme spécialiste, se met à publier beaucoup, ce qui lui est facile, vu la multitude de journaux médicaux qui existent dans ce pays. De là une foule d'articles sans aucune originalité, sans la moindre valeur personnelle, pour la plupart simples compilations qui encombrant la bibliographie sans faire avancer la science, et sans la moindre gloire pour le pays. L'auteur espère que toutes les réformes utiles qu'il vient de signaler ne tarderont pas à être accomplies, et qu'au prochain congrès qui se tiendra en Amérique, le corps médical des États-Unis aura montré qu'il sait mettre au-dessus de l'intérêt personnel les progrès de la science et le désir d'être utile à l'humanité.

Le Dr W. WELCH, de Philadelphie, fait une communication sur la vaccination pendant la période d'incubation de la variole.

L'auteur fait remarquer que s'il est rationnel de supposer qu'un principe infectieux, dès qu'il a pénétré dans l'économie, ne reste pas absolument inerte jusqu'au développement de certains symptômes caractéristiques, mais détermine des modifications encore inconnues dans le sang et dans les tissus, il n'est pas irrationnel de supposer que ces altérations peuvent être enrayées. Waterhouse a déjà démontré que si une personne est vaccinée un ou deux jours après l'infection variolique, la vaccine prend le dessus, et qu'on peut augmenter la puissance du vaccin et son efficacité en multipliant le nombre des piqûres d'inoculation. L'expérience personnelle du Dr Welch vient confirmer ces idées. Si la vaccination est pratiquée d'assez bonne heure, la variole peut être maîtrisée ou tout au moins considérablement amendée. Si l'on attend, au contraire, jusqu'au septième jour avant le début de l'éruption, et surtout jusqu'à la période d'invasion, la vaccination ne produit plus aucun effet utile. D'ailleurs, la qualité des pustules vaccinales est à considérer : si elles ne sont qu'imparfaitement formées ou si leur apparition est retardée, l'efficacité de l'opération est discutable. La vaccine animale ne mérite d'après l'auteur que peu de confiance ; il faut préférer de la lympho vaccinale fraîche, provenant d'une vésicule vaccinale typique au huitième jour.

Sur 144 malades exposés à la contagion qu'il a immédiatement vaccinés, l'immunité complète a été obtenue 28 fois, elle a été presque complète 11 fois, bien marquée 19 fois, partielle 20 fois, nulle 66 fois. Il n'a pu vacciner 54 de ces malades, que de deux à sept jours avant l'éruption varioleuse, et la mortalité a été chez eux de 42 0/0. Les 90 autres qui ont été vaccinés beaucoup plus tôt n'ont eu qu'une mortalité de 15 0/0. La mortalité habituelle des autres varioleux non vaccinés traités au même hôpital (Philadelphia municipal Hospital) était à la même époque de 59 0/0.

Dans la discussion qui a suivi la communication précédente, le Dr GORTHEIL, de New-York, accuse la vaccine animale de produire fréquemment des ulcérations de mauvaise nature qui se développent avec certaines lymphes et non avec d'autres. Le Dr KELLEN fait remarquer qu'il faut tenir compte du sujet vacciné dans l'interprétation des accidents dus à la

vaccine; c'est ainsi que pendant la guerre de sécession il a vacciné avec une lymphé venant du Nord un nombre égal de soldats et de civils : les neuf dixièmes des soldats eurent des ulcérations de mauvaise nature qui tenaient évidemment à leur état général scorbutique, puisque les civils ne présentèrent aucun accident.

Le D^r ROGERS PARKERS, de Liverpool, dit que dans les grandes cités de l'Angleterre on se sert surtout de la vaccine humaine : il y a des établissements de vaccination où les parents sont obligés de mener leurs enfants ; tout enfant vacciné doit y revenir au bout de huit jours, de telle sorte qu'on a toujours abondance de vaccinifères entre lesquels on peut choisir. La revaccination, quoique obligatoire, est presque toujours pratiquée vers l'âge de quatorze ans.

Le D^r YEAMANS croit que l'on nedoit pas considérer l'immunité présentée par les sujets du D^r Welch après vaccination, comme due à cette vaccination : il ne s'agit pour lui dans ces cas que d'une simple coïncidence. Plus il étudie cette difficile question de la vaccination immédiate chez les sujets contaminés, plus il est convaincu de l'inefficacité de cette méthode.

Le D^r JOHN V. SHOEMAKER, de Philadelphie, lit un travail sur *l'alimentation par le rectum dans les maladies cutanées*.

L'auteur rappelle la puissance d'absorption du rectum : aussi s'en sert-on journellement pour faire pénétrer dans l'économie les aliments et les médicaments quand il est impossible de les faire pénétrer par la bouche. Toutes les substances solubles et dissoutes sont fort rapidement absorbées ; les médicaments en suppositoires ou en poudres le sont plus lentement, néanmoins il est aussi très facile de les administrer. Il faut recommander l'alimentation et la médication rectales, après les opérations de raclage pratiquées pour les lupus de la bouche et des lèvres. Le pemphigus et l'impetigo des enfants de tout âge sont souvent la conséquence de troubles digestifs et se trouvent fort bien de l'alimentation rectale. Il en est de même de l'acné qui dépend de l'irritabilité stomacale caractérisée par des nausées, des vomissements ; l'auteur a pu la guérir en deux ou quatre semaines, en alimentant le malade avec des lavements de lait ou d'autres substances nutritives ; pour que ces lavements puissent être conservés, il faut les donner tièdes et toutes les quatre heures.

Toutes les fois que l'introduction des médicaments par la bouche offre quelques inconvénients, il faut les administrer par le rectum. Dans beaucoup de cas d'éruptions syphilitiques, les manifestations cutanées ont disparu grâce à des suppositoires renfermant cinq grains de calomel, ou d'autres composés mercuriels. Les scrofules cutanées peuvent être guéries par des lavements d'huile de foie de morue ; des lavements contenant une once d'huile de ricin et de glycérine réussissent parfois très bien dans l'urticaire. Des suppositoires contenant six grains de géranium pulvérisé, de l'opium et de la quinine ou de l'opium et de la belladone soulagent le prurit de l'anus. On peut également prescrire l'arsenic et l'antimoine en suppositoires contre certains cas de psoriasis quand l'estomac ne peut tolérer ces substances. L'iodeure de potassium administré à faibles doses en suppositoire ne produit aucun symptôme d'iodisme. La quinine en suppositoires peut faire disparaître rapidement l'érythème noueux, l'érythème multiforme et l'urticaire.

Le D^r KLOTZ, de New-York, lit un travail sur *la production d'ulcères résultant d'une gangrène spontanée de la peau pendant les dernières périodes de la syphilis, et sur leurs rapports avec la syphilis*.

Toutes les fois que l'on rencontre une ulcération arrondie, profonde, découpée à l'emporte-pièce, à fond inégal, d'une coloration sombre et grisâtre, chez une personne arrivée à la troisième période de la syphilis, on la considère généralement comme étant de nature syphilitique et comme due surtout à l'ouverture au dehors d'une infiltration gommeuse du tissu. Les observations de l'auteur l'ont conduit à penser que des lésions semblables peuvent résulter, chez les syphilitiques, de gangrènes spontanées circonscrites des téguments, dues à une artérite syphilitique ou à une endartérite oblitérante. Les cas publiés par l'auteur ont été surtout observés dans son dispensaire, et ils n'ont pas toute la rigueur et la précision désirables. Chez un malade de sa clientèle privée, les ulcérations se développèrent sur la jambe au milieu d'autres ulcérations qui provenaient fort nettement de gommès syphilitiques. L'auteur put les surveiller et les étudier avec le plus grand soin. Après la chute de l'eschare, ces ulcérations présentaient des caractères qui permettaient de reconnaître leur mode de formation. Elles ressemblaient tout à fait à l'ulcère rond de l'estomac. L'auteur insiste sur la fréquence de l'endartérite syphilitique dont l'existence dans la syphilis cérébrale est maintenant surabondamment prouvée; il ne voit pas pourquoi les artérioles des téguments ne seraient pas atteintes du même processus morbide. Il est vrai que l'on ne pourra définitivement admettre le bien fondé de cette théorie que lorsqu'on en aura trouvé la preuve matérielle par l'anatomie pathologique. L'auteur conclut en disant : 1° que des ulcérations ressemblant tout à fait à des ulcérations gommeuses syphilitiques peuvent parfois résulter de gangrènes spontanées circonscrites de la peau, sans formation de néoplasmes syphilitiques antérieurs; 2° que ces ulcérations peuvent être distinguées des ulcérations d'autre origine par plusieurs particularités de forme; 3° qu'elles ne sont que peu modifiées, si même elles le sont, par le traitement antisypilitique; 4° que la gangrène spontanée est probablement due dans ce cas à de l'endartérite oblitérante.

Le lundi 5 septembre, à la section d'otologie, le Dr LOEWENBERG, de Paris, fait une communication sur le *traitement et la bactériologie des furoncles de l'oreille*.

L'auteur rappelle qu'en 1880 et 1881 il a publié les résultats de ses recherches sur la nature des furoncles de l'oreille; on peut les résumer dans les propositions suivantes : 1° les furoncles sont causés par la pénétration de produits septiques par les conduits des glandes cutanées jusqu'au cul-de-sac glandulaire; 2° l'éruption successive de furoncles chez le malade se fait par autocontamination, c'est-à-dire que les cocci se transportent çà et là à la surface des téguments; 3° une personne saine peut être contaminée par une personne malade. Tous ces faits sont connus depuis longtemps: l'auteur en a déduit le traitement suivant de la furunculose de l'oreille.

Il fait trois ou quatre fois par jour dans le conduit auditif des instillations d'une solution au sixième d'acide borique très finement pulvérisé dans de l'alcool absolu. Tant que le furoncle n'est pas ouvert, une simple solution à saturation suffit, mais quand le pus a fait issue au dehors, il vaut mieux se servir d'une solution sursaturée d'acide borique, afin qu'il se dépose dans le conduit une certaine quantité d'acide. L'alcool agit d'abord comme antiseptique; puis il facilite la pénétration de la solution dans les conduits des follicules; la graisse et les autres produits de sécrétion qu'ils contiennent opposent en effet un obstacle presque insurmontable à la pénétration des liquides aqueux. On peut inciser le furoncle quand ce n'est pas trop difficile; mais le plus sou-

vent on est obligé de renoncer à pratiquer cette petite opération. Il est facile de calmer les douleurs par des préparations à la cocaïne.

Quand on fait de bonne heure les instillations d'alcool boriqué, on peut obtenir la résolution de quelques furoncles, et même, lorsqu'ils continuent à évoluer, on empêche ainsi de se produire cette interminable série de furoncles qui est d'ordinaire presque inévitable, et qui est caractérisée par ce fait qu'ils deviennent de plus en plus profonds et douloureux. Il y a des femmes qui ont pendant des années à chaque époque menstruelle un furoncle du conduit auditif: il suffit de faire quelques lotions préventives à l'alcool boriqué par empêcher cette petite complication de se produire.

Les microorganismes que l'auteur a le plus souvent trouvés dans les furoncles de l'oreille et qu'il a pu isoler par des cultures sur l'agar-agar ou de la gélatine sont surtout et avant tout le staphylococcus albus, qui n'a manqué qu'une seule fois, puis le staphylococcus aureus, et parfois le staphylococcus citreus. Ce n'est que dans un seul cas qu'il a trouvé ces trois staphylococci réunis.

Dans la séance du mardi 6 septembre à la section de dermatologie et de syphiligraphie, le Dr G. H. ROHÉ, de Baltimore, fait une communication sur l'étude de l'hypertrichose (hirsutie).

On peut définir l'hirsutie, un développement anormal et excessif, ou bien une localisation irrégulière et inusitée des poils sur le corps. L'auteur entre dans des considérations théoriques sur leur mode de développement. Il discute la théorie de Darwin, qui en fait un retour au type ancestral; celle d'Unna, qui en fait un arrêt de développement, et qui soutient que les poils intra-utérins, qui tombent après la naissance pour être remplacés par d'autres plus gros et plus résistants, ne subissent pas cette évolution chez les personnes atteintes d'hirsutie. Cette difformité peut être divisée en deux formes; l'hirsutie héréditaire et l'hirsutie acquise. La forme héréditaire s'observe surtout chez les sujets mâles et dans presque tous les cas d'hirsutie généralisée; l'auteur en cite les exemples célèbres qui se trouvent relatés dans tous les ouvrages. Il existe d'ordinaire chez ces sujets des difformités dentaires remarquables; presque toujours ils n'ont que quelques dents, et Darwin a noté la même anomalie chez les chiens à système pileux fort développé. Il semble qu'il y ait compensation entre le développement des poils et celui des dents. On peut aussi expliquer par l'hérédité beaucoup de cas d'hypertrichose localisée; il a vu dans sa pratique des enfants de parents à figure très velue avoir des barbes de très bonne heure. D'ailleurs, il n'y a rien d'étonnant à ce que cette tendance héréditaire se développe surtout vers la puberté, puisqu'il y a beaucoup d'autres caractères d'hérédité qui ne deviennent sensibles qu'à cette époque. — Des irritations longtemps répétées des téguments, des troubles nerveux, des désordres du côté des organes génitaux, etc..., peuvent déterminer l'apparition de l'hirsutie acquise. Au point de vue pratique, ce qui doit surtout occuper le médecin, c'est l'hypertrichose localisée à la face, anomalie maintenant curable par l'électrolyse.

Le Dr UNNA regarde la communication précédente comme prudente. Il soutient la théorie qu'il a émise comme étant plus scientifique que toutes celles qui existaient à cette époque. Il n'a pu encore étudier histologiquement la peau telle qu'elle existe dans les cas dont il est question; il croit que c'est le seul moyen de faire avancer la science sur ce point.

Le Dr GEORGES THIN dit que des observations attentives lui ont permis d'émettre l'opinion que le développement anormal du système pileux est caractéristique d'un développement physiologique incomplet; c'est un signe de

faiblesse au lieu d'être un signe de force, comme le croit le vulgaire; les hommes velus ne sont que de mauvais soldats; les femmes qui ont aux lèvres des poils développés ne sont d'ordinaire pas fécondes. En somme, il croit qu'il existe une relation nécessaire entre les dimensions du corps et celles du système pileux; toute déviation à cette proportion constitue une anomalie.

Le Dr RAVOGLI fait remarquer que l'hirsutie ne se développe que rarement dans les premiers temps de la vie, alors que l'économie a besoin des sels de chaux contenus dans le sang pour l'ossification du squelette; après la puberté, lorsque les os sont complètement formés et que l'économie n'a plus besoin pour eux d'une aussi grande quantité de ces sels, elle les consacre à l'hyper-trophie du système pileux, qui se développe vers cette époque. C'est d'ordinaire vers l'âge de 45 ans que les poils de la figure, des oreilles et des narines atteignent chez l'homme leur maximum de développement.

Le Dr REYNOLDS croit que cette question est des plus complexes; il ne doute pas qu'il n'y ait deux grandes classes d'hirsuties, les unes héréditaires, les autres qui tiennent à d'autres causes; il croit que les altérations dentaires sont loin d'être constantes; il a souvent constaté chez des femmes atteintes de cette difformité des troubles utérins, et il croit que les lésions des organes génitaux jouent dans l'hypertrichose un rôle comparable à celui qu'elles ont dans l'acné.

Le Dr GOTTHEIL rapporte un cas d'hypertrichose du visage qui s'est développé chez une dame de 28 ans, en même temps que les fonctions menstruelles étaient brusquement supprimées. Il est difficile d'en donner une explication satisfaisante, ce que reconnaît d'ailleurs le Dr Rohé.

Le Dr VALENTINE KNAGGS, de Londres, fait une communication sur *une nouvelle méthode de traitement local des maladies de la peau*.

L'auteur propose de remplacer les pommades et les autres agents thérapeutiques usuels par des émulsions, qui, en se desséchant, forment sur la surface de la peau des pellicules médicamenteuses protectrices. Il les a employées depuis deux ans avec succès dans les eczémas et d'autres éruptions non spécifiques. Ces émulsions, quand elles sont bien faites, ressemblent à du lait ou à de la crème; elles sont solubles dans les liquides aqueux, et sont très adhésives; elles sont faites en combinant une substance active quelconque avec de l'eau, une gomme végétale, de la paraffine molle et un antiseptique convenable. En voici par exemple une formule;

Paraffine molle	z j	31,10
Pulv. gum. acac.	gr. 160	10,24
Boracie acid.	gr. 16	1,024
Aquæ	ad. z i j	62,20

Agiter jusqu'à émulsion parfaite.

On peut y ajouter du bismuth, du zinc, du soufre ou tout autre médicament. Quand on étend cette préparation sur la peau, il se forme une pellicule flexible, protectrice, et les antiseptiques ainsi que les substances médicamenteuses qui y sont contenues peuvent exercer sur les téguments leur action utile.

Le Dr UNNA dit que nous sommes actuellement dans une période de transition; chaque année les spécialistes modifient leur manière de traiter les maladies de la peau; mais il faut bien se garder de recommander immédiatement ces procédés nouveaux aux praticiens avant d'être absolument sûr qu'ils sont bons et surtout qu'ils n'ont pas déjà été employés. Or, tel n'est

pas le cas ici ; Unna a pour sa part expérimenté depuis plusieurs années des vernis et des enduits médicamenteux semblables à ceux que recommande l'auteur. Il ne croit pas que des vernis solubles dans l'eau puissent empêcher beaucoup l'évaporation de se faire à la surface de la peau ; en tout cas, ceux que l'on vient de proposer ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui ont déjà été introduits dans la pratique.

Le Dr A. J. REYNOLDS, de Chicago, fait connaître *une nouvelle méthode de traitement des maladies parasitaires de la peau à parasites végétaux.*

D'après l'auteur, la grande difficulté de traitement de ces affections consiste en ce que le parasiticide ne pénètre pas jusqu'au fond du follicule pileux quand il s'agit de favus, de teigne tondante ou de sycosis parasitaire. Il pense que l'on peut obtenir ce résultat en mettant l'agent médicamenteux sur la partie malade, puis en recouvrant le tout avec le pôle positif d'une pile électrique, tandis que le pôle négatif est placé sur un point quelconque du corps ; il se sert pour cela d'une pile composée d'un grand nombre d'éléments, semblable à celle que l'on emploie pour la destruction des poils : la force du courant doit varier suivant la sensibilité du malade et de la région. On peut amoindrir, sinon supprimer la douleur en faisant des applications de cocaïne : on a d'ailleurs remarqué qu'en se servant ainsi du courant électrique on pouvait avec la cocaïne anesthésier rapidement et profondément le cuir chevelu dans toute son épaisseur : c'est, en effet, une loi bien connue en électricité, que les liquides se portent du pôle positif vers le pôle négatif, et l'on sait depuis plusieurs années que l'on peut favoriser par ce moyen l'absorption des substances médicamenteuses.

On nettoie avec soin la partie malade, puis on la lotionne avec une solution parasiticide au sublimé ; on imbibé l'éponge positive de la même solution et on l'applique sur la plaque que l'on veut traiter, pendant plusieurs minutes : la séance entière ne doit pas durer plus de trente minutes, ni être répétée plus d'une fois par jour.

Il a ainsi traité et guéri en trois semaines deux cas de trichophytie du cuir chevelu dont l'un avait duré deux ans et demi, et l'autre quatre ans ; il a aussi guéri un cas de favus en dix-neuf jours, en faisant des applications quotidiennes. L'auteur pense que l'électricité pourrait bien avoir par elle-même une certaine action curative.

Le Dr G. THIX dit que le bichlorure de mercure est sans aucun doute le remède le plus efficace contre la teigne tondante. Mais il faut s'en servir avec précaution, car une solution trop forte peut détruire la papille pileuse en même temps que le parasite, et produire ainsi une alopecie irrémédiable, et il connaît au moins un cas de mort consécutif à l'absorption de cet agent.

Séance du mercredi 7 septembre.

Le Dr A. RAVOGGI, de Cincinnati, lit un travail sur le *lupus érythémateux*.

En commençant, l'auteur fait remarquer avec raison qu'il aime mieux traiter un lupus vulgaris qu'un lupus erythematosus, tant il est difficile d'obtenir de bons résultats dans cette dernière affection. (Il y a longtemps que cette proposition est considérée comme un axiome à l'hôpital Saint-Louis.) Il rappelle les idées de Kaposi, qui considère cette maladie comme un néoplasme ; celles d'Hebra, qui l'appelle *seborrhæa congestiva*. Il montre des coupes qu'il a faites et qui prouvent qu'il y a dans cette dermatose, au début, de la dilatation des vaisseaux sanguins et de l'hypertrophie des papilles

du chorion, avec prolifération de cellules embryonnaires, surtout autour des capillaires et des glandes sébacées. A mesure que le processus morbide évolue, les cellules migratrices s'accumulent, oblitèrent les vaisseaux, empêchent la nutrition des tissus et déterminent la formation d'une atrophie cutanée plus ou moins marquée : il y a une augmentation notable du nombre des corpuscules du tissu connectif : les fibres élastiques sont tuméfiées et volumineuses. Toutes les couches de la peau sont atteintes. — Les cellules rondes superficielles contiennent des colonies de micrococci sous la forme de corpuscules arrondis disposés en groupes ; on les retrouve en grand nombre dans la couche papillaire du derme aux endroits qui sont le siège des lésions les plus marquées ; en petit nombre, au contraire, dans les capillaires. Bien qu'ils aient présenté les réactions chimiques ordinaires aux microbes, l'auteur n'a pu les cultiver. Il croit toutefois leur existence bien réelle ; il pense même qu'ils sont la cause première de l'affection, grâce à l'irritation des terminaisons des nerfs cutanés qu'ils produisent. Ils excitent par leur présence les fonctions des glandes sébacées, d'où la séborrhée et la formation des squames grisâtres que l'on constate dans cette affection. Il est facile, grâce à la conception microbienne, de comprendre l'évolution et la forme du lupus erythematosus discoïdes. Loin de faire de cette dermatose un néoplasme, il faut donc la ranger parmi les maladies infectieuses.

Il est inutile d'administrer des médicaments à l'intérieur. Ce sont les emplâtres mercuriaux qui donnent ici les meilleurs résultats, ce qui vient confirmer la théorie microbienne.

L'auteur insiste, à ce point de vue, sur les bons effets de la cautérisation, sur les récides après les raclages à la curette tranchante. Il a obtenu trois guérisons avec l'ichthyol : cette substance diminue immédiatement la sécrétion des glandes sébacées. Il applique d'abord l'ichthyol incorporé à l'onguent diachylon d'Hebra, à la dose de 10 ou de 30/0, suivant les effets produits : il termine le traitement avec du collodion à l'ichthyol. Il pense que cette substance agit comme réducteur, en enlevant l'oxygène nécessaire à la vie des microbes.

Le D. UNNA regarde la partie microbienne du travail précédent comme étant de beaucoup la plus importante, mais aussi la plus discutable. On peut trouver des cocci dans toute l'épaisseur du derme et aussi dans les glandes sudoripares. Il croit qu'il y a sans doute des microorganismes dans le lupus erythematosus, qu'on les découvrira un jour ; mais il ne peut admettre que les préparations du D. Ravogli soient démonstratives à cet égard : il espère que cet auteur continuera ses recherches et ses cultures. Il n'a employé, contre cette affection, l'ichthyol qu'associé à l'acide salicylique : il a obtenu des succès avec la résorcine.

Le D^r THIN dit que les corpuscules réfringents que l'on voit dans les préparations microscopiques du D. Ravogli peuvent être des microorganismes ou toute autre chose. Des colorations plus démonstratives et des coupes plus profondes montrant ces éléments dans l'épaisseur du derme sont nécessaires pour qu'on puisse considérer ces éléments comme des microbes. Enfin, il faudrait aussi les cultiver et les inoculer. Il dit quelques mots sur une affection qu'il vient d'observer en Angleterre et qui ressemble comme histologie au lupus erythematosus.

Le D^r KLOTZ n'est pas partisan des médications caustiques trop énergiques. Le savon et l'acide salicylique lui semblent préférables. Il croit que la découverte de microorganismes dans le lupus erythematosus permettra de

rapprocher cette affection du lupus vulgaris dont on l'a trop nettement séparée d'après lui.

Le Dr ZEISLER rappelle que le Dr Morison, de Baltimore, a déjà fait des travaux sur la nature microbienne du lupus érythémateux. Il fait remarquer que le lupus érythémateux des muqueuses est extrêmement rare ; il l'a observé à Vienne sur la muqueuse buccale. Il était caractérisé par des plaques blanches et de l'induration des tissus : il résista beaucoup au traitement, et le nitrate d'argent seul donna quelques résultats. Il croit que la résorcine est efficace, tandis que l'ichthyol l'est fort peu.

Le Dr OHMANN-DUMESNIL, de Saint-Louis, fait une communication sur le *Lupus érythémateux des mains*.

On n'a décrit avec soin que peu de cas de lupus érythémateux ayant cette localisation. L'auteur en a réuni quarante-cinq cas sur lesquels il base sa description. Il montre des photographies et des coupes histologiques : on y voit que le stratum lucidum manque entièrement, que le stratum granulosum a subi de profondes altérations, mais on ne peut y trouver trace de micrococci. Les glandes sébacées sont déformées et tuméfiées et leur cavité est remplie de cellules arrondies.

Il pense que cette affection est surtout une inflammation des tissus épidermiques et de leurs dépendances, et qu'elle débute d'ordinaire par les follicules pileux et les glandes sudoripares. Les glandes sébacées sont également envahies, mais la théorie qui les fait être le siège initial de l'affection est combattue par ce fait que dans cinq cas personnels à l'auteur le processus morbide a commencé par la paume des mains.

Le Dr JOSEF ZEISLER, de Chicago, lit un travail sur l'*Impétigo herpétiforme* d'Hebra.

L'auteur commence par faire l'histoire de la question, par rappeler les travaux d'Auspitz, d'Hebra, de Neumann, d'Unna. Il a le tort de confondre avec les observations publiées par ces auteurs les faits décrits par Bulkley et d'autres dermatologistes anglais et américains sous le nom d'herpes gestationis. Il expose en quelques mots la théorie de la dermatitis herpetiformis de Dühring, qu'il semble ne pas admettre complètement, et à laquelle il reproche de réunir sous une seule et même étiquette l'impétigo herpetiformis et d'autres éruptions plus communes. La maladie décrite par Hebra est, ainsi que l'a démontré Kaposi dans un travail récent, parfaitement caractérisée par son évolution, son éruption particulière, son apparition constante chez des femmes en état de puerpéralité, sa terminaison fatale. Il en publie un cas qu'il considère comme absolument typique.

Le Dr UNNA cite un cas de sa pratique qui ressemblait à la fois à l'impétigo herpetiformis et à la dermatitis herpetiformis, mais qui différait aussi de ces deux affections et n'était probablement ni l'une ni l'autre. L'iode à hautes doses fut le seul traitement réellement efficace.

SECTION DE MÉDECINE PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 7 septembre 1887, soir.

Cette séance a été entièrement consacrée à la discussion des *Rapports de la syphilis et de la folie*.

Le Dr SAVAGE, de Londres, dit que la plupart des observateurs ont cons-

taté que des cas graves de syphilis cérébrale se montrent après des syphilis secondaires bénignes en apparence. Des lésions syphilitiques localisées sont souvent le point de départ de dégénérescences généralisées. Il est impossible, dans la plupart des cas, de tracer une ligne de démarcation précise entre la paralysie générale vraie et les dégénérescences qui suivent la syphilis cérébrale. Il pense que dans quelques cas la paralysie générale dépend, comme origine première, de la syphilis. L'idiotie, l'imbécillité, les perversions morales dues à la syphilis congénitale sont rares; la plupart des médecins qui se trouvent attachés aux asiles d'idiots pensent qu'il n'y en a que fort peu parmi eux qui soient des syphilitiques héréditaires. Cependant d'autres savants croient avec le Dr Bury qu'un bon nombre de ces cas sont dus à cette affection. La syphilis peut causer l'épilepsie chez les enfants et conduire ainsi à l'idiotie. Quelques enfants issus de parents syphilitiques sont moralement affaiblis.

Le Dr E. D. FERGUSON, de Troy, cite un cas de paralysie générale chez un homme qui avait contracté la syphilis peu avant son mariage: il la négligea, et lui laissa prendre un grand développement avant d'instituer le traitement spécifique. Lorsqu'on soupçonna enfin l'existence de cette affection et qu'on commença à la traiter, le malade était devenu aliéné. A l'autopsie, on trouva des lésions avancées des enveloppes cérébrales et du squelette.

Le Dr HURD, de Pontiac, ne doute pas que la syphilis ne puisse produire des psychoses telles que la manie et la mélancolie. Il cite le cas d'une malade qu'il a observée, chez laquelle on fit le diagnostic de manie aiguë, et qu'on reconnut, peu après, pour être syphilitique. On la soumit alors au traitement antisyphilitique pour essayer d'amender les symptômes syphilitiques et mentaux. Effectivement l'état mental s'améliora.

Le Dr GONNING, de Washington, dit qu'il n'a jamais vu un cas de maladie mentale dans lequel il ait pu porter nettement le diagnostic de folie syphilitique. Cependant, il cite le cas d'une jeune fille de son hôpital, qui lui fut conduite alors qu'elle était depuis neuf mois dans un état de démence très prononcé. On suspecta la syphilis chez elle: on la mit au traitement antisyphilitique et on obtint une amélioration rapide. Elle est actuellement dans un état mental et corporel satisfaisant.

Le Dr SPITZKA, de New-York, parle des faits très rares dans lesquels les accidents fébriles de la syphilis secondaire se compliquent de troubles mentaux et de délire aigu. Il en a vu un exemple, il y a sept ans, et depuis lors, rien n'a été publié sur ce sujet. Finger a découvert que pendant la roséole il y avait abolition du réflexe rotulien.

Le Dr BRUSH, de Philadelphie, dit qu'il observe à l'heure actuelle deux cas de syphilis qui confirment les idées de Finger. L'un de ces malades a eu, il y a quelque temps, une rémission des symptômes d'excitation maniaque aiguë qu'il présentait.

Après avoir clos la discussion sur ce sujet, le Dr SAVAGE étudie la folie due à la syphilis aiguë.

Ces cas sont fort rares: probablement il y a quelques cas aigus de folie qui sont consécutifs au délire que l'on observe parfois à la période secondaire, dans les cas les plus graves, en même temps que des névrites optiques et des ulcérations faciales: elle peut aussi se montrer au début des paralysies localisées de la troisième paire ou d'autres nerfs crâniens, coïncider avec des névralgies ou de l'insomnie. Les difformités du visage peuvent

produire la folie, et c'est ainsi que la syphilis peut agir comme cause morale et aboutir à l'hypochondrie.

Puis l'auteur passe à l'étude de la *syphilis cause d'épilepsie avec ou sans folie*.

L'épilepsie peut être le symptôme prédominant ou simplement un des accidents multiples d'une syphilis grave : elle peut aussi n'être qu'un des symptômes d'une paralysie générale ou d'une ataxie locomotrice. L'auteur a observé des cas d'épilepsie dans lesquels il y avait des antécédents syphilitiques et dans lesquels il n'a pu découvrir de grosses lésions. D'ailleurs, dans la plupart des autopsies qu'il a pratiquées, il a trouvé d'ordinaire des lésions artérielles généralisées ne paraissant constituer aucun foyer précis ni à droite ni à gauche.

Dans beaucoup de cas, d'après le Dr SAVAGE, un *affaiblissement intellectuel progressif* peut s'observer dans la syphilis constitutionnelle. Il peut être précédé par quelques troubles de la motilité, soit du côté des muscles de l'œil, soit du côté des membres supérieurs ou inférieurs, sous forme de monoplégie ou d'hémiplégie, par de l'aphasie, etc. Il y a aussi un autre groupe de faits dans lequel les premiers symptômes morbides peuvent être des troubles de la sensibilité, comme une perte passagère de la vue, du tact ou de l'ouïe, des étourdissements de courte durée ; puis survient une dégénérescence progressive qui n'est pas de la même nature que la paralysie générale des aliénés syphilitiques dont il a parlé plus haut et qui doit être classée à part. Il donnerait à ces faits le nom de *démence organique (organic dementia)* d'origine syphilitique. — Le Dr CHANNING, de Boston, préférerait celui de *démence syphilitique*.

Enfin le Dr SAVAGE aborde l'étude de la *pathologie générale (anatomie pathologique) des cas de folie coïncidant avec la syphilis*.

Dans plusieurs cas, il peut y avoir une cause morale produisant soit de l'hypochondrie, soit de la mélancolie vraie. La cachexie syphilitique peut déterminer l'apparition de symptômes mélancoliques. Les altérations des vaisseaux, petits et gros, peuvent donner lieu, d'après leur localisation, à des phénomènes variés. Les gommès ne sont pas aussi fréquentes qu'on pourrait le croire au premier abord. Les altérations inflammatoires des enveloppes cérébrales chez les sujets jeunes et âgés peuvent déterminer l'apparition de l'idiotie ou de la folie aiguë. Il est douteux qu'il y ait des lésions de la névrogie. Il se produit des modifications dans la nutrition de différentes régions qui donnent lieu à l'apparition de symptômes variés à marche soit aiguë, soit chronique. — (Tout cela est fort obscur, du moins dans les comptes rendus qu'en donnent les journaux.)

Réunion générale du 8 septembre 1887.

Le Dr UNNA y prononce, en allemand, un discours sur *les relations de la dermatologie avec la médecine générale*.

L'auteur fait ressortir toute l'importance des études dermatologiques. Tout praticien a le plus grand intérêt à leur voir prendre un grand développement, car elles peuvent jeter un jour tout nouveau sur la médecine générale. Malheureusement, elles ne sont encore qu'à l'état d'ébauche. Les difficultés qu'elles présentent sont multiples et sont dues à des causes bien diverses, en grande partie à la complexité de structure de cet organe. L'au-

teur insiste sur ces considérations; il fait ressortir les différences dans l'aspect des éruptions suivant les diverses régions des téguments; il étudie les modifications qu'elles subissent aux diverses périodes d'une même affection, les formes multiples que revêtent les éruptions artificielles ou de cause externe; l'influence des climats, des saisons, des pays, des races, du sexe, de l'âge, des individus. Parmi les agents extérieurs, autant que l'état actuel de la science permet d'en juger, les parasites jouent le principal rôle.

Les difficultés que l'auteur vient de signaler ne pourront être surmontées que peu à peu, par une analyse attentive de chaque symptôme en particulier. Tous les progrès que l'on pourra faire dans cette voie seront de la plus grande importance, au point de vue de la pathologie générale et de la thérapeutique. Tout progrès de la dermatologie fera avancer les autres branches de la médecine, la médecine interne aussi bien que la chirurgie, puisqu'elle occupe entre elles deux une place intermédiaire. L'auteur recommande de se servir de la peau humaine au lieu d'animaux pour les expériences pathologiques et thérapeutiques, et il cite des cas, dans lesquels cette méthode a conduit à la découverte de faits nouveaux.

Mais la création de nouvelles chaires de dermatologie et de laboratoires particuliers ne suffit pas pour assurer dans l'avenir une connaissance parfaite des affections cutanées. Unna recommande d'établir une sorte d'institut central, où les spécialistes les plus célèbres travailleront ensemble, où l'on concentrera tous les moyens et toutes les méthodes d'étude. C'est ainsi que l'on arrivera à élever la dermatologie au rang qui lui est dû d'une des premières branches spéciales de la médecine, et qu'on contribuera au développement scientifique des autres branches. En terminant, l'auteur exprime l'espoir que les États-Unis, qui sont toujours prêts à tous les sacrifices pour faire avancer la science, seront les premiers à réaliser cet idéal.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du jeudi 8 septembre 1887.

Le Dr UNNA, de Hambourg, fait une communication avec préparations histologiques sur l'*eczéma séborrhéique*.

Ce travail fort important a paru in extenso dans le « Monatshefte » n° 18, 1887. Il sera donc très prochainement analysé dans ce journal. Bornons-nous à signaler la discussion qui en a suivi la lecture.

Le Dr ZEISLER dit qu'il a souvent observé en Amérique des cas semblables à ceux que vient de décrire Unna; il leur donne le nom de séborrhée.

Le Dr ROBINSON fait remarquer qu'il est fort difficile de classer les eczémas à cause de leurs grandes variétés, de leurs causes multiples, des modifications qu'ils subissent. Il a assez souvent observé la coïncidence de la séborrhée et de l'eczéma; il comprend fort bien que ces deux affections puissent coexister chez le même sujet, mais il ne peut concevoir encore maintenant comment la matière séborrhéique peut agir comme un irritant local pour produire un eczéma.

Le Dr UNNA dit que ce dernier point n'a pas été bien compris; il ne pense pas que la graisse soit la cause de l'irritation. Il fait en ce moment des expériences avec une trentaine de cultures de micro-organismes provenant de séborrhées, et il pense que c'est un parasite qui est la cause de l'irritation là

où se produit la matière grasse. Ce que l'on appelle séborrhée sèche n'est pas une hypersécrétion, mais une affection inflammatoire. Les verrues du cuir chevelu et du pénis sont aussi d'après lui dues à un parasite dont la matière séborrhéique du cuir chevelu favorise le développement.

Le Dr RONÉ, de Baltimore, présente un malade atteint de *sarcome multiple de la peau*.

C'est un homme âgé d'environ 30 ans. Il présente des tumeurs sarcomeateuses cutanées multiples, de la grosseur moyenne d'une noix, situées sur le dos, les épaules, les jambes et les cuisses. Il est aussi atteint d'hémiplégie et de tuberculose pulmonaire.

Le Dr ROBINSON, de New-York, lit une observation de *mélanose progressive de la peau*.

Ce cas est remarquable par l'augmentation progressive de l'affection, par sa longue durée et la localisation du pigment. C'est une femme âgée de 29 ans qui à l'âge de huit ans remarqua pour la première fois l'existence d'une petite plaque pigmentaire sombre sur la tempe. Elle a de temps en temps éprouvé des frissons et de la fièvre, mais jamais aucun symptôme subjectif de douleur. Puis de petites taches sombres de la grandeur d'une pointe d'aiguille apparurent graduellement et finirent par former une large plaque qui recouvre toute la partie latérale du front. Bien que les taches pigmentaires aient à la vue une teinte bleuâtre, on a trouvé dans le corps muqueux des granules pigmentaires d'un brun sombre. L'épiderme a l'épaisseur normale.

Le Dr A.-H. OHMANN-DUMESNIL, de Saint-Louis, fait une communication sur le *double comédon*.

Depuis le dernier travail qu'il a publié sur ce sujet, l'auteur a continué ses recherches, et il est arrivé à trouver le double comédon chez 2,25 0/0 des sujets mâles qui viennent à l'hôpital. On le rencontre sur tous les points du corps sauf sur les membres et sur le front. Il ne croit pas que cette petite lésion soit congénitale, mais il pense que deux comédons finissent par se réunir par résorption de la cloison intermédiaire.

Le Dr UNNA dit que pour lui le double comédon ne se développe jamais dans une peau tout à fait saine et qu'à un moment quelconque il s'est produit au point où on le trouvera plus tard un processus inflammatoire suivi d'une cicatrisation. Il a toujours trouvé des vestiges de ces lésions antérieures, et d'ordinaire on peut y voir une cicatrice.

Le Dr DUMESNIL répond qu'il ne peut accepter cette théorie inflammatoire, car dans beaucoup de cas il n'y a pas trace de cicatrice.

Le Dr H. WATRASZEWSKI, de Varsovie, lit un travail sur le *traitement de la syphilis par les injections de sels de mercure insolubles*.

Depuis la communication antérieure qu'il a déjà faite sur ce sujet, l'auteur a continué ses essais, et il a été conduit à donner la préférence à l'oxyde jaune de mercure. On fait en moyenne une injection par semaine et de quatre à cinq injections sont nécessaires pour faire disparaître les symptômes syphilitiques. Il n'a jamais vu se produire d'abcès véritables. Les cas qu'il a eu à traiter lui sont venus de toute la Pologne à l'hôpital spécial auquel il est attaché; ils avaient été déjà soignés par d'autres méthodes. Quelques-uns avaient des formes graves et étaient ainsi des plus aptes à démontrer la puissance d'une médication. L'auteur a eu des résultats superbes et qui légitiment son enthousiasme pour la méthode; ce qui est surtout merveilleux, c'est le petit nombre d'injections nécessaires; 4 ou 5 suffisent pour faire disparaître

les symptômes qui existent à un moment donné; douze à vingt suffisent pour un traitement de syphilis.

Voici la formule dont il se sert d'ordinaire:

Hydrargyri oxyd. flav.	1 gramme
Gummi arab.	25 centigrammes
Aqua. dist.	30 grammes

M. S. Agitez et injectez.

Une seringue de Pravaz contient environ quatre centigrammes de sels.

Les préparations de calomel sont efficaces, mais la douleur et la réaction inflammatoire qu'elles causent sont beaucoup plus vives.

La discussion qui a suivi cette communication et à laquelle ont pris part les D^r GOTTHEIL, SHOEMAKER, KLOTZ, ZEISLER a été assez confuse. Ces auteurs me semblent avoir confondu les injections hypodermiques de sels solubles et celles de sels insolubles: ce qui est tout différent.

Séance du Vendredi 9 septembre 1887.

Le D^r ROMNSON, de New-York, lit un travail sur *l'alopecie en aires (pelade) avec démonstration de micro-organismes profondément situés.*

L'auteur expose d'abord l'état de la question: les partisans de la nature parasitaire de la pelade ont cité des faits cliniques en faveur de leur théorie, tandis que ceux qui croient à son origine trophonévrotique, et ce sont les plus nombreux, en citent d'autres qui paraissent confirmer leurs idées. Il n'y a, évidemment, pour les partisans de la nature parasitaire, qu'une seule preuve vraiment irréfutable à donner: ils doivent faire des cultures, isoler un parasite, et reproduire la maladie en inoculant ce germe morbide. D'autre part, tous les raisonnements de ceux qui soutiennent la nature trophique de cette affection n'auront que peu de valeur, tant qu'ils n'auront pas apporté la preuve microscopique de l'altération des filets nerveux de la région atteinte, ou qu'ils n'auront pas reproduit la maladie en lésant un nerf du cuir chevelu.

L'auteur a étudié avec le plus grand soin tous les travaux antérieurs qui ont déjà été publiés sur l'étiologie de la pelade; il rappelle les observations d'Eichhorst, de Thin, de von Schlen et d'autres encore qui ont observé des micro-organismes dans cette dermatose. Il met en relief le mode de début et d'extension de cette affection, l'absence de tout phénomène inflammatoire, la chute totale des poils. Si elle dépendait complètement d'un organisme qu'il est si difficile de trouver, on n'observerait pas une chute aussi rapide et aussi soudaine des poils; ce symptôme si net, si rapidement produit, est tout à fait contraire à la théorie de l'origine parasitaire, car, si l'affection dépendait de l'évolution d'un parasite, il y aurait bien quelques poils qui échapperaient à la destruction. D'autre part, il faudrait admettre que les parasites seraient fort nombreux pour produire des désordres pareils, et, dans cette hypothèse, il est incompréhensible qu'ils aient si longtemps échappé à toutes les recherches. L'existence de cheveux cassés sans qu'il y ait de parasite perceptible à l'endroit où ils sont rompus, la manière dont la chevelure tombe et l'état des poils atteints ne permettent guère d'admettre l'existence d'un champignon pathogène. Von Schlen a surtout trouvé des organismes dans les follicules pileux, principalement dans les poils qui conservaient

leurs gaines après l'épilation. D'autres observateurs disent qu'ils ont presque toujours trouvé des micro-organismes. Mais les cultures manquent. On a constaté sur la peau saine des micro-organismes semblables à ceux que l'on a décrits dans la pelade. Les parasitocides ne réussissent pas très bien dans cette affection : elle n'est pas contagieuse dans le sens propre du mot ; toutes les tentatives faites pour l'inoculer sont restées infructueuses ; on n'a jamais produit ainsi qu'un peu d'inflammation. Il serait possible cependant que le peu d'efficacité des agents parasitocides tiennent à ce que les organismes pathogènes disparaissent avant que l'affection ne soit réellement et sûrement reconnaissable, ou dès que les poils sont tombés. L'auteur a remarqué que l'action des parasitocides était d'autant meilleure qu'on les employait plus tôt, et ce sont, en somme, les moyens les moins mauvais dont nous disposions à l'heure actuelle.

Toutes ces considérations ont conduit l'auteur à penser que la pelade ne doit pas reconnaître pour cause un parasite siégeant à la surface de la peau ou dans le follicule pileux ; il a donc cherché ce parasite dans le chorion lui-même. Sur des coupes qu'il a pratiquées dans une plaque alopecique datant d'une semaine, on voit que l'épiderme est normal, que le chorion présente des traces d'inflammation ; il y a des amas de cellules embryonnaires dans la couche sous-papillaire ; les vaisseaux sanguins sont dilatés, et les petites artères contiennent de la fibrine coagulée. Les espaces lymphatiques sont très dilatés et contiennent eux aussi de la fibrine coagulée. Les glandes sudoripares et sébacées ne sont pas atteintes. L'auteur a retrouvé les mêmes lésions dans d'autres cas plus anciens : chez un malade atteint, depuis plusieurs années, et présentant une alopecie presque complète, toutes les parties constitutives de la peau étaient atrophiées à l'exception des parois vasculaires. On pourrait expliquer la chute soudaine des poils par l'épaississement des parois vasculaires et par l'existence de coagulations dans l'intérieur des vaisseaux qui irriguent les parties malades. En somme, d'après l'auteur, l'affection qui cause l'alopecie temporaire ou permanente est une maladie du chorion et non des follicules pileux. D'après cette théorie, la pelade ne serait donc pas du tout une maladie du poil. D'autre part, l'auteur ne peut faire de cette affection une trophonévrose ; il ne peut pas croire non plus qu'elle soit un trouble vaso-moteur d'origine centrale. Il a donc cherché une cause locale, et il a trouvé des micro-organismes semblables à ceux qu'a décrits von Sehlen. Ils sont situés dans les espaces lymphatiques du chorion et de la couche sous-papillaire du derme ; quelques-uns se voient dans les papilles, et d'autres dans les couches profondes du chorion. Ce sont des cocci disposés en amas, en colonies, en séries linéaires, en rangées dans les espaces lymphatiques. On voit souvent des diplococci. Dans le cas cité plus haut, qui n'avait débuté que depuis une semaine, les micrococci étaient très abondants. En admettant que ces organismes soient la cause de la maladie, on explique tous les points obscurs, son mode d'extension, son peu de contagiosité et le peu d'efficacité des parasitocides, puisque l'agent pathogène est situé dans la profondeur des tissus.

Le Dr UNNA est, pour sa part, assez disposé à admettre pour l'étiologie de la pelade les deux théories nerveuse et parasitaire. En effet, il y a des arguments également puissants en leur faveur, et chacune d'elles ne peut expliquer tous les faits.

Les Drs RAVOGLI, ZEISLER, REYNOLDS prennent ensuite la parole et citent des faits en faveur de la nature parasitaire ou de la nature trophonévrotique de la pelade.

Le Dr THIN rappelle qu'il y a quelques années il a décrit un micro-organisme pathogène de la pelade situé à l'intérieur et autour des follicules pileux. Il veut réfuter l'idée adoptée par beaucoup de médecins qu'il y a des micro-organismes dans tous les cheveux. Si l'on désinfecte avec soin le cuir chevelu et la pince à épiler, on ne trouve aucun micro-organisme dans les poils en parfait état. Dans l'alopecie, ils existent au contraire, mais en nombre variable suivant les endroits de la plaque. Il ne croit pas qu'il soit nécessaire, comme le pensent Robinson et Unna, de cultiver le parasite et de reproduire la maladie en inoculant ce parasite pour accepter la théorie parasitaire. En de semblables matières, on ne peut attendre une démonstration mathématique. L'organisme que vient de montrer le Dr Robinson est semblable comme forme et comme grandeur à celui qu'il a vu et il pense que le parasite de Sehlen est également le même. En somme, il croit à la nature parasitaire de la pelade, et il pense que cette idée fera son chemin comme elle l'a fait pour le lupus, la lèpre, la tuberculose, etc...

Le Dr W. XAVIER SUDDUTH a présenté au congrès une série de pièces microscopiques de rhinosclérome, de mycosis fungoïde pernicieux, de lymphoderma pernicioso, de lymphangioma tuberosa, de sarcome pigmentaire multiple et de sarcome pernicieux idiopathique multiple. Nous regrettons de ne pouvoir donner aucun détail sur la discussion qu'il a faite du diagnostic différentiel entre ces diverses formes de dermatoses si voisines les unes des autres.

L. BROcq.

REVUE DE DERMATOLOGIE.

- I. — DE LA PERLÈCHE, DU STREPTOCOCCUS PLICATILIS, par J. LEMAISTRE (Brochure in-8°. Limoges, 1886).
- II. — AFFECTION SPÉCIALE DE LA LÈVRE INFÉRIEURE, OBSERVÉE L'ÉTÉ A RECANATI ET DANS LES ENVIRONS, par O. MORETTI (*Rivista clinica di Bologna*, mars et juillet 1886).
- III. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DE L'AFFECTION SPÉCIALE DE LA LÈVRE INFÉRIEURE DÉCRITE PAR MORETTI A RECANATI ET DANS LES PAYS VOISINS, par le Dr FLORENZO JAJA (*Giornale italiane del. mal. vener. e del. pel.*, juillet-août 1887).
- IV. — DU LICHEN PLAN ET PARTICULIÈREMENT DE SA FORME ATROPHIQUE, par H. HALLOPEAU (*Union médicale*, mai 1887).
- V. — ZUR PATHOLOGIE DES LICHEN RUBER (CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DU LICHEN RUBER), par le Dr H. KÖBNER (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1887, n°s 20 et 21).
- VI. — SUR LE LICHEN ANNULAIRE SERPIGINEUX, par T. COLCOTT FOX (*The British med. Journal*, 8 janv. 1887).
- VII. — ÉTUDES SUR LA LÈPRE AU BRÉSIL, par A. LUTZ (*Monatshefte f. Dermatologie und Syphilis*, 1887, n°s 10 et 11). (Suite et fin.)
- VIII. — DE LA TUBERCULOSE NASALE, par CARTAZ (*France médicale*, juillet 1887).
- IX. — TUBERCULOSE CUTANÉE, par BRISSAUD (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, Séance du 24 juin 1887).

I. — Sous le nom de *perlèche* ou de *bridou*, on désigne vulgairement, dans le Limousin, une affection du coin des lèvres fréquente chez les enfants, qui n'est décrite par aucun auteur.

Cette affection occupe toujours les deux commissures ; à leur niveau, l'épithélium est blanchâtre, macéré, se détache facilement ; la lésion déborde la portion muqueuse de la commissure pour s'étendre sur la surface cutanée. Les couches superficielles du derme sont généralement seules atteintes et le derme n'est pas dénudé ; quelquefois il y a de petites plaies en forme de fente, au niveau des plis des commissures ; ces fentes atteignent le derme et provoquent de la douleur, de petites hémorrhagies, lorsque l'enfant ouvre largement la bouche. En général,

les enfants n'éprouvent aucune douleur, seulement une sensation de gêne, de cuisson qui les force à se pourlécher les lèvres à tout moment, d'où le nom de perlèche.

Cette affection dure peu, quinze jours à un mois ; cependant certains enfants la gardent presque toute l'année, mais probablement par suite d'inoculations successives. On peut être atteint plusieurs fois.

Cette affection est particulièrement contagieuse et se développe après que les enfants ont bu dans des vases malpropres ou difficiles à entretenir dans de bonnes conditions de propreté, c'est-à-dire dans des seaux de bois ou de zinc et des cruches de grès.

Cette maladie ne peut guère être confondue qu'avec l'herpès labialis et les plaques muqueuses ; mais l'herpès siège habituellement sur le bord libre des lèvres, et ses vésicules siègent à la fois sur la partie muqueuse et sur la partie cutanée de ce bord ; en outre, l'herpès est caractérisé par des vésicules qui n'existent jamais dans la perlèche, vésicules rarement placées aux commissures des lèvres. Les plaques muqueuses commissurales pourraient causer des erreurs de diagnostic ; mais les plaques muqueuses s'ulcèrent facilement et occupent toujours en même temps d'autres parties de la cavité buccale.

C'est, croyons-nous, dans la possibilité de cette confusion avec les plaques muqueuses que réside l'intérêt de la description d'une lésion aussi minime : il nous semble, après avoir vu personnellement quelques cas de cette affection, qu'un observateur non prévenu de l'existence de la perlèche ne peut manquer, lorsqu'il en voit un cas pour la première fois, de se croire en présence d'une plaque muqueuse : c'est à corps défendant et après avoir constaté l'absence de toute autre trace de syphilis qu'il abandonnera ce diagnostic de premier jet. Prévenu, au contraire, par la description de M. Lemaistre et instruit par les deux photographies que donne l'auteur, il lui sera facile de porter un diagnostic et un pronostic tout différents.

M. Lemaistre a constaté, dans l'épithélium des commissures, une grande quantité de schizomycètes ; un coccus constant dans tous les cas est, d'après lui, le microbe de la perlèche : c'est un *streptococcus* à longs chapelets enchevêtrés dans les cultures, d'où le nom de *plicatilis* donné par M. Lemaistre, qui l'a retrouvé dans les eaux stagnantes, dans les fontaines, dans les puits, dont l'eau transmet la perlèche.

Ce microbe, transporté par l'eau ou adhérant aux parois des vases avec lesquels les enfants boivent, arrive sur les lèvres et se développe facilement au niveau des commissures, au niveau desquelles les lèvres, la plupart du temps collées, lui offrent un terrain où il peut se fixer.

Dans le Limousin, la perlèche est particulièrement fréquente : sur

3,500 enfants fréquentant les écoles de la ville de Limoges, 312 en étaient atteints, soit 1 enfant sur 17.

Il est facile de détruire la perlèche en touchant les commissures des lèvres avec du sulfate de cuivre ou de l'alun ; du reste, les soins de propreté suffisent à la faire disparaître. Pour empêcher le retour des accidents, il faut laver à l'eau bouillante les objets susceptibles de les transmettre.

GEORGES THIBIERGE.

II. — L'auteur a observé à Recanati (Marches) et dans les environs, une affection particulière de la lèvre, dont il a pu recueillir en peu de temps 22 observations. Cette affection, désignée dans le pays sous le nom de « mal qui court (*il male che corre*) » n'a été décrite par aucun auteur.

Elle est caractérisée par une tuméfaction modérée de la lèvre inférieure, qui est gonflée et œdémateuse jusqu'à la fossette sous-labiale et quelquefois renversée en dehors ; sa surface présente souvent de petits îlots nacrés, légèrement saillants, et des excoriations de nombre, de forme et d'étendue variables, quelquefois si nombreuses et si petites, qu'il y a des alternatives de lignes et de points normaux, et d'autres de couleur blanche opaline, donnant à l'ensemble de la lèvre un aspect chagriné ; d'autres fois, il n'y a pas plus de deux ou trois taches longues et larges, avec des prolongements irréguliers. Les excoriations sont presque toujours superficielles et limitées à l'épiderme, mais quelquefois elles deviennent plus profondes et forment une légère dépression ; elles sont d'un rouge vif ou obscur ; autour d'elles, la muqueuse est de couleur blanche opaline nacree, et cette coloration est surtout marquée aux angles de la bouche. Les excoriations ne donnent presque jamais de sécrétion purulente, mais se couvrent quelquefois de croûtes très petites, occupant le bord libre de la lèvre. A la période de réparation, les contours de l'excoriation se recouvrent d'une couche blanche d'épithélium, qui s'étend progressivement vers le centre, ou bien il se produit à la surface de l'excoriation une cuticule rouge, qui devient sèche et brillante ; jamais il ne se produit de rhagades ; la lèvre ne saigne pas facilement et la muqueuse de sa face interne ainsi que celle du frein de la lèvre a une apparence et une coloration normales. Dans un seul cas, Moretti a vu les lésions occuper aussi la lèvre supérieure.

L'affection débute dans le cours d'une parfaite santé et est précédée d'un accès fébrile de peu de durée. Au début, elle s'accompagne d'une sensation pénible de tension et de chaleur à la lèvre inférieure ; le gonflement apparaît alors, puis une exfoliation épithéliale qui, d'abord limitée à un ou deux points, s'étend en serpentant et en mettant à nu le derme muqueux, qui est quelquefois atteint. C'est à ce moment que les

douleurs sont le plus vives, comparables à une brûlure permanente, qui rend difficile l'alimentation par les matières solides ou liquides ; le contact des aliments, des boissons, des objets qui servent à les introduire est intolérable ; le simple contact de l'air est pénible et la dessiccation des parties dénudées est douloureuse, aussi les malades y remédient-ils en humectant la lèvre avec de la salive, et en la recouvrant avec de la pelure d'oignon ou avec un simple morceau de papier préalablement mouillé. Quelquefois, sous l'influence des tiraillements, il se produit des fissures qui saignent facilement.

La période d'état dure de 3 ou 5 semaines à plusieurs mois, avec des oscillations dans l'intensité de la douleur, des améliorations temporaires et des guérisons momentanées depuis le mois d'avril, mai ou juin jusqu'au mois de septembre, époque à laquelle l'affection guérit spontanément, lorsqu'elle a été abandonnée à elle-même. Après la guérison des excoriations, il ne reste guère qu'une coloration nacréée de l'épithélium qui disparaît peu à peu.

Cette affection se montre chez des sujets bien portants et robustes âgés de 20 à 60 ans, et particulièrement de 20 à 30 ans ; elle est rare chez les femmes (11 0/0 des cas), atteint toutes les constitutions et paraît quelquefois plusieurs années de suite. Elle débute habituellement après le milieu d'avril, en mai, juin ou juillet, rarement plus tard.

Elle n'a guère été observée ailleurs qu'à Recanati et dans les environs : Gamberini ne l'a jamais vue à Bologne, d'autres médecins ne la connaissent pas à Polesine ; cependant l'auteur l'a vue une fois à Rome et un médecin de Carpineto en a observé quelques cas dans ce pays.

Elle se rencontre surtout chez les paysans ; sur 22 cas, Moretti ne l'a vue que 7 fois en ville.

En dehors de l'influence de la saison, qui paraît bien nettement prédisposer à la maladie, on ne peut lui trouver une autre cause : les substances particulièrement irritantes dont font usage certains sujets ne sont pas la cause de la maladie, celle-ci se produit chez des sujets qui n'usent d'aucune substance irritante. On n'a jusqu'ici trouvé chez aucun animal de trace de la maladie, ni sur la bouche, ni sur aucune autre partie du corps.

L'auteur n'a pas pu s'assurer nettement que la maladie est contagieuse. Certains malades prétendent en avoir été atteints après s'être servis d'objets qui avaient été en contact avec les lèvres de sujets atteints de la même affection ; il faut cependant remarquer que les cas où plusieurs membres d'une même famille sont atteints simultanément sont assez rares. Aussi faut-il attendre de nouvelles observations pour se prononcer sur ce sujet. Les expériences d'inoculation faites sur une femme

avec un résultat négatif, et sur un chien avec un résultat douteux, ne sont pas suffisantes pour avoir quelque valeur.

Au microscope, l'auteur a trouvé dans les détritits des ulcérations une notable quantité de schizomyètes (microcoques et bacilles), mêlés à des leucocytes et à des cellules épithéliales pavimenteuses; sur une coupe de la lèvre, il a pu constater que quelques microcoques isolés ou réunis en zoogées pénétraient jusqu'au-dessous du corps papillaire, tandis que les formes bacillaires ne s'enfonçaient pas dans le derme muqueux.

Cette affection n'a aucune ressemblance avec les dermatoses déjà connues et décrites : elle diffère de l'herpès par l'absence de toute trace de vésicules; elle n'a non plus aucun des caractères de l'eczéma. En raison de la saison pendant laquelle on la constate, on pourrait croire à une manifestation de la pellagre; mais de nombreux arguments militent contre cette hypothèse : un seul des 22 malades observés par l'auteur était en même temps atteint de pellagre indiscutable, et chez un autre seulement on pouvait penser à l'existence de cette maladie, qui, du reste, n'était pas démontrée; il est inadmissible qu'une lésion aussi apparente ait échappé aux nombreux observateurs qui ont étudié la pellagre; les lésions pellagreuses de la bouche consistent en rougeur de la muqueuse de la langue et du palais et en rhagades développées sur les lèvres et à leurs angles; les manifestations cutanées de la pellagre débutent presque toujours au mois de février et non après le mois d'avril; les symptômes généraux de la pellagre font défaut dans l'affection décrite par Moretti.

L'auteur conclut qu'il s'agit d'une affection parasitaire, et base cette conclusion sur l'uniformité des phénomènes, leur marche, le mode de transmission, les résultats de l'examen microscopique et l'effet du traitement spécifique qu'il recommande (badigeonnages avec la glycérine phéniquée à 10 0/0 étendue de deux fois son poids d'eau), et qui amène rapidement la guérison.

La description que nous venons de résumer concerne évidemment une maladie que nous ne connaissons pas en France; la lésion qui y ressemblerait le plus est l'engelure de la lèvre, et encore y a-t-il des différences symptomatiques assez considérables et surtout une différence capitale dans la saison où les deux affections se développent. Nous ne pouvons donc nous prononcer sur la nature de cette lésion, qu'une enquête approfondie menée dans des climats plus chauds et, en particulier, dans les autres régions d'Italie, parviendra sans doute à mettre en lumière.

GEORGES THIBERGÉ.

III. — Depuis la publication du mémoire de Moretti (voir l'analyse ci-dessus), l'auteur a observé 3 cas de cette affection bizarre constituée par une ulcération superficielle de la lèvre inférieure, avec tumé-

faction, sensation de brûlure presque continuelle et divers troubles fonctionnels dans les mouvements de mastication et d'articulation des sons. Il rappelle à ce propos les divers symptômes décrits par Moretti, et qu'il a retrouvés sur ses malades, sans apporter de détails nouveaux, aussi cherche-t-il à approfondir la nature et la pathogénie de cette affection.

On sait que la maladie présente ces deux particularités de se montrer plutôt chez des hommes que chez des femmes, et presque exclusivement au printemps, d'avril à juillet.

Limitée à la lèvre inférieure, elle ne gagne que très exceptionnellement la lèvre supérieure, malgré le contact direct; elle ne se communique pas aux personnes qui vivent en commun, dans la même famille, par exemple, bien qu'elles boivent au même verre, et qu'elles ne prennent aucune précaution pour éviter le contact des malades. Il ne semble donc pas que cette affection soit contagieuse, et son caractère endémique, dans certaines localités, peut très bien s'expliquer par l'influence des mêmes causes générales.

L'examen microscopique a fait découvrir au Dr Mazini des spores et des bâtonnets au milieu des cellules épithéliales et des leucocytes. Mais il n'a été fait ni cultures, ni essais de matière colorante, permettant d'établir nettement la nature et les caractères morphologiques de ces éléments. Il est impossible d'affirmer que ces microbes aient une valeur pathogène spécifique. Peut-être appartiennent-ils à ces nombreuses espèces que l'on rencontre dans la bouche, autour des dents, ou sur le visage, dans la barbe, etc.

Peut-être n'ont-ils aucune importance, et ne font-ils que causer la prolongation d'un état ulcéreux en rapport avec quelque autre cause, l'eczéma, par exemple, comme le veut Tommasoli. Quoi qu'il en soit, le Dr Jaja cherche à interpréter la pathogénie de cette affection sans négliger aucun des termes du problème. La maladie se développe exclusivement au printemps, chez des gens qui s'adonnent aux travaux de la campagne, principalement chez ceux qui font les foins. Or on sait que, lorsque le foin est coupé, il subit une fermentation due à l'action d'un parasite, le bacillus subtilis. L'auteur n'hésite pas à voir dans la contemporanéité de ces faits plus qu'une coïncidence. Le bacillus subtilis qui pullule dans les meules de foin n'est-il pas l'agent principal d'une maladie qui se rencontre presque exclusivement chez ceux qui récoltent ou transportent le foin (faucheurs, charretiers etc). Quant à la localisation sur la lèvre inférieure, l'auteur l'explique par la direction même de cette lèvre, toute disposée pour recevoir les poussières qui tombent, et il rappelle à ce propos l'expérience de deux matras de verre l'un à col droit ouvert en haut, l'autre avec le col tordu ou dirigé en bas; le premier

matras, seul, récolte les spores disséminées dans l'air. Il est inutile d'ajouter que la région assez riche en glandes sébacées offre d'excellentes conditions pour le développement du parasite.

Ces hypothèses peuvent être ingénieuses, mais il est certain qu'elles sont loin de répondre aux exigences scientifiques de notre époque. Si l'auteur nous faisait suivre à l'aide de cultures, d'inoculations, l'influence du bacillus subtilis sur le développement de cette affection spéciale de la lèvre inférieure décrite par Moretti, sa théorie soulèverait encore de graves objections. La récolte des foins se fait ailleurs qu'en Italie et en Italie même ailleurs que dans les provinces indiquées, et on ne s'explique pas pourquoi le bacillus subtilis, parfaitement inoffensif dans la plupart des pays connus, pourrait acquérir dans une région déterminée des propriétés pathogéniques si spéciales. Sans nier formellement l'explication donnée par l'auteur, on a le droit d'exiger aujourd'hui que les théories parasitaires s'appuient sur les cultures et sur l'expérimentation. Et c'est étrangement comprendre ces théories que de les soumettre au seul contrôle de l'imagination.

Malgré les exagérations que nous venons de signaler, le travail du Dr Jaja offre un incontestable intérêt, en ce qu'il apporte de nouveaux faits confirmant la description de Moretti, et en ce qu'il sépare d'une façon formelle et définitive cette maladie de la perlèche, affection contagieuse décrite par le Dr Lemaistre, et dont la symptomatologie diffère d'ailleurs notablement de la précédente.

A. SIREDEY.

IV. — Cette description du lichen plan fait partie de la leçon par laquelle M. Hallopeau a inauguré son enseignement clinique à l'hôpital Saint-Louis. Nous souhaitons vivement que la publication de ces leçons se poursuive régulièrement, car elle nous vaudra certainement une série de faits intéressants, à en juger par celui que M. Hallopeau rapporte et que nous allons résumer, laissant de côté la description du lichen plan magistralement faite.

Cette observation a pour sujet une femme névropathe de 45 ans, atteinte depuis dix-huit mois d'une éruption qui occupe surtout les avant-bras, le dos et les plis inguinaux : cette éruption est formée par de larges plaques à contours sinueux et légèrement saillants qui semblent formés par des papules conglomérées. Quelques papules isolées sont rondes, un peu saillantes, et présentent à leur partie centrale des dépressions punctiformes qui répondent évidemment à des orifices glandulaires ou à des follicules pileux et sont identiques à celles que l'on rencontre dans le lichen plan vulgaire ; des dépressions semblables, très prononcées, se voient en nombre considérable sur toute la surface des plaques, elles sont entourées d'une légère saillie épidermique ; les plaques sont décolo-

rées ou peu colorées, quelques-unes luisantes, d'aspect cicatriciel, sillonnées de plis entrecroisés et formant un quadrillage. Les plaques sont le siège de sensations pénibles ; il y a un prurit vulvaire intense et un épaississement considérable des régions vaginales.

L'examen histologique, pratiqué par M. Darier, montre l'absence des papilles dans toute l'étendue de la papule, l'épaississement de la couche cornée, du stratum granulosum, la diminution d'épaisseur du corps de Malpighi ; le derme est sclérosé dans ses couches sous-épidermiques et aussi dans ses couches plus profondes : il y a de véritables manchons de cellules embryonnaires autour d'un certain nombre de vaisseaux de la peau, mais les vaisseaux eux-mêmes ne présentent pas nettement d'endartérite. A l'orifice des glandes sudoripares, il y a des bouchons cornés qui font saillie à la surface, mais surtout qui pénètrent dans le derme en déprimant le stratum granulosum ; dans sa portion intradermique, le conduit sudoripare est formé de nombreuses couches stratifiées. Dans les follicules pileux, on constate un épaississement léger de la gaine épithéliale externe, surtout dans sa partie supérieure.

GEORGES THIBIERGE.

V. — L'auteur distingue deux formes principales de lichen, le lichen ruber acuminé et le lichen plan. Dans le but d'apporter un peu de lumière dans la pathologie de cette maladie, il a réuni 52 cas concernant 33 hommes et 17 femmes, proportion qui concorde avec celle indiquée par Kaposi, deux tiers d'hommes et un tiers de femmes, la plupart entre 20 et 40 ans. Sept de ces malades présentaient en même temps un lichen de la muqueuse buccale et de la langue.

On a, surtout en Amérique (Piffard et Robinson), décrit le lichen ruber acuminé et le lichen plan comme deux maladies tout à fait différentes, et Robinson a admis, en s'appuyant sur des recherches microscopiques, que le lichen ruber acuminé est une tout autre affection que le lichen plan.

Le plus grand nombre des cas recueillis par Köbner se rapporte au lichen plan, dont il a pu faire l'étude microscopique depuis les débuts jusqu'aux périodes les plus avancées. Deux seulement de ses cas ont présenté la forme pure du lichen acuminé *totius corporis*, et cette forme oppose une bien plus grande résistance au traitement arsenical, même aux injections d'arsenic, que les variétés du lichen plan. Le lichen acuminé se montre parfois çà et là en même temps que le lichen plan sans que ces cas comportent une aggravation au point de vue du pronostic. Mais il est certain que l'organisme tout entier est plus gravement atteint dans le lichen ruber acuminé pur, une fois qu'il est généralisé — ce qui arrive d'ordinaire beaucoup plus rapidement et plus fréquemment

que dans l'autre forme. L'auteur réserve pour un travail plus complet, qui paraîtra prochainement, les résultats de ses recherches d'histologie pathologique. Il se borne, pour le moment, à montrer sur quelques coupes de lichen plan récent que les indications données par Weyl et par lui, en 1881 et 1882, dans le *Traité des maladies de la peau* édité par Ziemssen, sont exactes; que notamment une dilatation vasculaire et une infiltration périvasculaire des cellules dans la couche supérieure du derme, c'est-à-dire dans les papilles, sont bien le phénomène primaire et le point de départ de la maladie. De bonne heure ils marchent de front avec une prolifération du réseau de Malpighi, tandis que l'anomalie du follicule pileux, placée en première ligne de la maladie par d'autres auteurs, ou l'anomalie des glandes sudoripares mise en évidence surtout par J. Neumann, sont des phénomènes accessoires et inconstants, et ne sont en tout cas que consécutifs.

D'autre part, l'auteur cite ensuite un cas extrêmement développé de lichen acuminé chez une femme, cas qui a pour la première fois appelé son attention sur la pathogenèse de cette maladie.

Cette femme, qui est morte d'une affection pulmonaire vers Noël 1886, était à une période très avancée de lichen ruber acuminé généralisé et dans les préparations d'un fragment de peau enlevé après deux ans environ de durée de la maladie on voit des modifications anatomiques considérables qui, outre une infiltration cellulaire périvasculaire abondante autour du réseau vasculaire supérieur et profond, et une infiltration diffuse moins forte, mais de tout le derme, se traduisent par l'état suivant : accroissement de la couche cornée de l'épiderme gonflé et en voie d'exfoliation, kératinisation anormale du réseau de Malpighi peu proliféré avec des globes épidermiques à son intérieur, atrophie partielle des papilles, hypertrophie tout à fait considérable des glandes sébacées, reste d'hypertrophie des gaines des racines des poils, mais pour la plus grande partie déjà atrophie des follicules pileux et la chute des poils follets.

L'auteur n'a vu nulle part la dégénérescence colloïde des parois vasculaires, signalée par Biesiadetzki comme ayant une grande importance au point de vue de l'histogenèse. Cependant Köbner réserve encore son appréciation sur le mode de développement histologique du lichen ruber acuminé, parce que le cas était déjà des plus graves en janvier 1885.

Au moment où il vit cette femme pour la première fois, elle était atteinte d'une paralysie bulbaire progressive et se trouvait dans le service de M. le professeur Westphal. C'était une femme de 45 ans, autrefois bien portante et très forte. En décembre 1881, elle accoucha pour la treizième fois, très difficilement. En mars 1884, quelques mois après la ménopause, elle fut atteinte de violentes douleurs dans les doigts et de difficulté dans la déglutition. Peu de temps après, elle avait remarqué une rougeur vive et de nombreuses élevures semblables à celles de la peau ansérine et très prurigineuses, d'abord sur la face dorsale des deux mains. Plus tard seulement,

à la suite d'une attaque d'apoplexie, au milieu d'octobre 1884, elles s'étendirent aux avant-bras, aux cuisses et à la région sacrée. A son entrée à la Charité, au commencement de janvier 1885, elle présentait déjà les signes les plus manifestes d'une paralysie bulbaire progressive et en même temps sa maladie de peau était en voie de généralisation. La peau de tout le corps avait une coloration variant du rouge de la fraise à celui de la framboise et était recouverte de la tête aux orteils d'élevures analogues à celles d'une râpe, entre lesquelles il y avait seulement de petits îlots de peau normale qui avaient l'aspect de dépressions. Il existait en outre un prurit insupportable et un amaigrissement considérable qui venaient s'ajouter aux infirmités occasionnées par la paralysie, principalement celle de la lèvre inférieure, de la langue, du palais, du pharynx et des membres inférieurs.

Ce cas ouvrit les yeux de l'auteur sur la pathogenèse du lichen ruber, car, dans ce cas, il est probable qu'il y avait entre les deux affections une connexion étiologique.

Un autre cas, tout différent du précédent, a montré de nouveau à Köbner la propagation de l'affection le long de certains nerfs de la peau. Il s'agit d'une récidive de lichen plan limitée au côté gauche du pénis et s'arrêtant exactement sur la ligne médiane, intéressant par conséquent uniquement la région innervée par le nerf dorsal gauche du pénis. C'est le premier cas qui ait été décrit, jusqu'à présent, de lichen unilatéral d'une partie du corps. Le gland affecté de lichen, il y a un an, est, cette fois, tout à fait indemne, il ne reste à droite, au bord de la couronne du gland, ainsi que sur des parties isolées de la moitié droite du pénis, que quelques points en partie maculeux, en partie cicatriciels. Ce sont les restes d'anciennes papules qui existaient, il y a un an, lorsque ce malade était atteint de lichen plan presque généralisé.

Voici, du reste, les traits principaux de ce cas qui concerne un de nos confrères :

Ce médecin, homme robuste, mais toujours un peu nerveux, est âgé de 36 ans. A la suite d'une pratique des plus pénibles, il prit dans l'été de 1885, pour combattre les suites d'un rhumatisme antérieur, trente bains très chauds à Nauheim. Une ou deux semaines après cette cure thermique, il remarqua dans les deux hypocondres les premiers groupes de papules, semblables à des groupes de zoster et très rapprochés les uns des autres, au-dessous des côtes, correspondant donc exactement aux nerfs abdominaux externes; de plus, fin décembre il survint, au-dessus des deux régions inguinales, par conséquent dans la sphère des nerfs iléo-inguinaux une nouvelle éruption, c'est-à-dire des parties génitales et du périnée jusqu'à l'anus; en même temps de l'aisselle dans la région du nerf intercostohuméral, c'est-à-dire d'un côté sur les parties latérales limitrophes du thorax, de l'autre sur les bras dans la sphère du nerf cutané interne. Ce n'est que six semaines plus tard, pendant que le malade prenait de l'arsenic à dose élevée qu'il survint, en mars 1886, des groupes de lichen sur le côté radial des deux coudes et à la partie inférieure du dos dans le district de distribution des nerfs sacrés. Le 10 mars, il remarqua sur une

égratignure située sur la surface d'extension, tout à fait indemne de lichen, de l'avant-bras quelques papules de lichen très confluentes. Du 29 février au 19 mars, les symptômes d'intoxication arsenicale s'accroissent et, à partir du 19 mars, le malade se décida à suspendre l'arsenic, l'auteur le vit à ce moment pour la première fois et il fut frappé de la localisation de l'éruption dans la sphère des nerfs cutanés indiquée ci-dessus. Le 21 avril 1886, l'épiderme de toute la phalange unguéale des deux petits orteils ainsi que les ongles tombèrent. Il essaya la pommade d'Unna, dont le sublimé est un des éléments principaux et qu'Erasmus Wilson a prescrit le premier dans cette maladie comme remède externe. Mais le lichen resta stationnaire, malgré l'atténuation du prurit; le malade prit de nouveau de petites doses d'arsenic jusqu'à la fin d'octobre 1886. Puis le lichen disparut très graduellement. Le 20 février de cette année, alors qu'il paraissait guéri, il survint, après trois nuits d'insomnie occasionnée par une sensation de chaleur dans toute la peau, une nouvelle poussée de groupes de lichen dans la sphère du nerf dorsal gauche du pénis, s'arrêtant exactement sur la ligne médiane.

Entre ces deux cas extrêmes, il existe un grand nombre de formes intermédiaires pouvant être confondues, les unes avec du psoriasis, les autres avec des syphilides circonscrites à petites papules; d'autres, enfin, avec un eczéma squameux de date ancienne. Hebra, Wilson, etc., n'ont fait qu'une allusion éloignée à la genèse de la maladie que l'auteur vient de signaler. Il n'y a que Fox, de Londres, Hutchinson et Mackenzie qui aient soupçonné l'origine nerveuse du lichen ruber.

Cette origine neuropathique s'appuie encore sur d'autres faits. Le plus grand nombre des malades atteints de lichen se plaignent de violentes démangeaisons, les uns seulement quand la peau présente déjà des modifications anatomiques, mais d'autres aussi ou plusieurs jours, plusieurs semaines, un an même auparavant. Chez un individu traité et guéri dans la polyclinique de Köbner, du 1^{er} mars à la fin de juin 1883, il existait déjà un an auparavant, en réalité au commencement des froids (en novembre 1883), un prurit généralisé de la peau, principalement de lichen. Juste un an plus tard, en novembre 1884, l'éruption du lichen se fit. En outre, la plus grande partie des 52 cas observés par l'auteur concernent des individus nerveux, ayant eu parfois des affections psychiques graves, de grands soucis, des chagrins, etc. Chez quelques femmes, l'affection a été précédée de métrorrhagies consécutives à des fausses couches.

L'auteur trouve un nouvel appui pour sa théorie dans l'urticaire qui précède de quelques années ou immédiatement le lichen chez un certain nombre de malades, et même, chez l'un d'eux, persista environ dix-huit mois après la guérison du lichen ruber. Chez ce dernier malade, on voyait des taches pigmentaires brun clair laissées par le lichen le long de certains nerfs cutanés, notamment le nerf cutané interne et le médian, depuis le creux axillaire jusqu'au niveau du poignet. Il faut

signaler en outre la plus grande irritabilité des nerfs vaso-moteurs de la peau, qui persiste après la guérison du lichen chez un certain nombre de malades; l'urticaire factice que l'on détermine avec l'ongle ou avec un instrument moussé en est une preuve.

Comme pendant à l'urticaire factice, Köbner appelle l'attention sur un lichen factice, qui serait provoqué par une égratignure, par exemple avec une épingle ou par la pression des vêtements. Enfin, il tient à indiquer un cas tout à fait remarquable, qui lui a été communiqué par le Dr Karewski, dans lequel, presque en même temps que le lichen commençait sur la région supérieure du thorax, un zoster, dû très probablement à la même cause, se montra sur la moitié droite de la tête et la partie voisine du cou. Un dernier signe est l'hyperalgésie des groupes de papules par le grattage. Les malades, au lieu d'être soulagés, éprouvent une vive douleur.

En terminant, Köbner repousse l'hypothèse bactérienne de Lassar. Il n'a pas constaté que l'état et la profession aient aucune influence sur l'origine de la maladie. L'examen microscopique, pratiqué suivant les indications de Lassar, c'est-à-dire après coloration par la fuchsine et le brun Bismarck, ou par la méthode de Gram, ne lui a montré aucun bacille dans les coupes. Il est très possible, comme le suppose Weyl, que les bactéries de Lassar ne soient autre chose que les granulations (Körnungen) de cellules graisseuses que l'on rencontre en plus ou moins grand nombre dans le tissu connectif du derme dans cette maladie, aussi bien dans le lichen acuminé que dans des cas anciens de lichen plan.

A. DOYON.

VI. — Dans l'atlas des maladies de la peau publié par feu sir Erasmus Wilson, en 1847, se trouve une planche représentant une affection qu'il a décrite comme étant une forme spéciale de lichen. On la retrouve également dans la collection du Collège royal des chirurgiens de Londres et dans celle de Guy's Hospital. Cette dermatose est caractérisée par un nombre considérable d'éléments circonscrits, situés le plus souvent sur la partie supérieure du dos et de la poitrine, et que des personnes peu au courant des études dermatologiques peuvent prendre pour du pityriasis versicolor. Elle commence par de toutes petites papules, qui deviennent peu à peu des disques aplatis, érythémateux, d'un demi-pouce de diamètre, limités par un bord bien net. Ils s'étendent par leur périphérie sous forme de papules d'un rouge brillant, et augmentent rapidement d'étendue jusqu'à avoir un, deux pouces et même plus de diamètre; ils forment alors des cercles ou des segments de cercles dont le centre est pigmenté, rugueux, quelquefois même pityriasique. Parfois ils peuvent, par confluence, arriver à constituer une large plaque sur les bords de laquelle on retrouve des

vestiges des cercles primitifs. Dans quelques cas, on ne trouve pas de papules sur quelques plaques; les bords en sont seulement surélevés et excoriés. L'affection a une marche chronique; elle est prurigineuse; et sa localisation sur le sternum et sur la partie médiane du dos entre les deux épaules est tout à fait caractéristique. D'après Wilson, chez les très vieilles personnes, elle occupe surtout les reins, et, chez les femmes, les membres aussi bien que le tronc.

Cette éruption est donc objectivement fort bien connue; mais sa nature exacte a donné lieu à de nombreuses discussions: on a souvent pensé qu'un parasite pouvait en être la cause, mais jamais on n'a pu découvrir rien de précis. Un examen attentif des faits a conduit l'auteur à penser que le nom de lichen est impropre et que cette affection est en réalité une forme particulière de séborrhée. D'ailleurs, van Harlingen, en 1878, puis Bulkley, enfin Duhring ont décrit cette dermatose sous le nom de séborrhée du tronc (*Seborrhæa corporis*).

Les arguments sur lesquels l'auteur s'appuie pour établir que c'est bien une séborrhée sont les suivants: on sait que, dans la séborrhée du cuir chevelu, la peau, au-dessous des croûtes, est d'ordinaire d'un gris cendré caractéristique; mais lorsque l'affection gagne les parties voisines, le front par exemple, la peau prend un aspect rouge brillant, et peut n'être recouverte que de quelques squames comme dans la dermatose que nous étudions. On rencontre souvent, chez le même malade, le lichen annulatus et la séborrhée de la peau et du cuir chevelu. Toutes les recherches qu'a faites l'auteur pour trouver dans cette dermatose soit un champignon, soit un micrococcus, sont restées infructueuses.

D'ailleurs il ne faut pas croire que, dans tous les cas, l'aspect de l'éruption soit tout à fait identique au tableau qu'en a tracé E. Wilson: les éléments circonscrits papuleux peuvent être exceptionnels, et les plaques peuvent être absolument identiques à celles de la séborrhée du front. L'auteur a pu aussi en observer une autre variété caractérisée par une plaque triangulaire de forme caractéristique vers la ligne médiane du dos, au niveau de laquelle on ne trouve que des saillies folliculaires; mais il y a de plus une ou deux petites macules et un élément circonscrit permettant de faire le diagnostic.

L. B.

VII. — *Lèpre des nerfs*. — La lèpre des nerfs présente un plus grand intérêt que la forme tubéreuse, non seulement au point de vue de la marche et des symptômes, mais aussi pour le diagnostic.

La forme la plus simple et la plus favorable est celle dans laquelle les symptômes sont limités à une région circonscrite, par exemple à l'extrémité périphérique d'un membre, au moins pendant des années. En pareil cas il se produit d'abord en un point limité, par exemple sur la face

dorsale du pied, des picotements, des fourmillements ou une sensation analogue à celle qui résulte du contact d'une toile d'araignée ou des barbes d'une plume, avec prurit tout spécial. Sur les parties malades on constate ensuite de l'analgésie, mais les malades peuvent encore percevoir une forte pression d'une manière indistincte, puis il survient en général des douleurs lancinantes dans les nerfs afférents. Au toucher, on trouve souvent des épaississements diffus ou des nodosités au niveau de ces nerfs. Pas de tuméfaction ou tuméfaction légère des ganglions lymphatiques du membre affecté.

Dans deux cas observés par l'auteur, dans lesquels l'affection était localisée dans la région de la partie terminale du nerf péroné profond, le processus resta stationnaire pendant trois ans; il y eut même plutôt de l'amélioration, et l'auteur croit que des cas de cette nature peuvent guérir spontanément, sans qu'il soit possible, cependant, de déterminer exactement le moment où la guérison est certaine. Les deux malades en question n'ont jamais soupçonné la nature de leur maladie; ils marchent sans trop de peine et se livrent péniblement à leurs occupations.

L'auteur rapporte ensuite deux cas d'éléphantiasis lépreux, dont l'un consécutif à un traumatisme. Dans ces deux cas, le diagnostic de la lèpre peut soulever quelques doutes, le bacille spécifique n'ayant pas été trouvé. D'après Lutz, la localisation de la lèpre des nerfs a presque toujours lieu d'abord sur des parties découvertes du corps, exposées aux piqûres d'insectes et à d'autres traumatismes.

La variété la plus fréquente de la lèpre primitive des nerfs se localise dans les extrémités périphériques. L'anesthésie prononcée est, en général, limitée à des régions assez circonscrites et n'a pas toujours pour conséquence des troubles graves; mais les malades se plaignent fréquemment de vives douleurs lancinantes dans les membres. Les ganglions lymphatiques des membres affectés, même en l'absence de toute ulcération, présentent assez souvent des tuméfactions qui ont une grande importance pour le diagnostic; cependant ce symptôme peut faire défaut même dans des cas très caractérisés. Les extrémités atteintes sont le siège de diverses modifications superficielles: cyanose, pityriasis furfuracée, ichthyose, hypertrophie des papilles avec ou sans épaississement de l'épiderme, plus rarement quelques taches de *glossy skin*. L'éléphantiasis est plus fréquent sur les membres inférieurs, l'auteur ne l'a observé qu'une fois, d'une manière symétrique, aux deux mains et à la portion périphérique des avant-bras. Les phénomènes de stase s'expliquent en beaucoup de cas par la compression des callosités des nerfs sur les veines, comme l'auteur a été à même de le constater directement dans un cas.

Un symptôme extrêmement caractéristique, mais qu'on n'observe que dans un petit nombre de cas, est le pemphigus lépreux. Les efflorescence

ont d'ordinaire la dimension d'une pièce d'un franc à celle d'une pièce de cinq francs en argent, elles surviennent parfois de bonne heure et en grand nombre ; dans d'autres cas, on n'observe, pendant une longue période de temps, que des vésicules isolées. Elles sont dues, à peu près sans exception, à des troubles d'innervation ; elles laissent souvent des cicatrices indurées, notamment chez les nègres. Ces callosités peuvent, par leur siège sur des points caractéristiques, comme les avant-bras, les premières phalanges, aider au diagnostic.

Le symptôme cliniquement le plus important de la lèpre des nerfs est l'ulcération, souvent si considérable et produisant de telles difformités qu'elle peut constituer un type spécial : la lèpre mutilante. L'ulcération a son siège de beaucoup le plus fréquent à la partie périphérique des membres, ce qui est un indice de l'origine traumatique habituelle.

Outre les bulles de pemphigus, ne donnant en général lieu qu'à des ulcérations superficielles, deux espèces d'ulcérations peuvent déterminer des mutilations.

Le premier de ces processus ne diffère guère des panaris ordinaires, sauf en ce que, en l'absence plus ou moins complète de la douleur, il est le plus souvent abandonné à lui-même et par suite conduit facilement à la périostite et à l'inflammation des tendons avec nécrose, ou à la suppuration des articulations avec ses conséquences. Malgré l'intensité de la lésion locale, il n'y a que rarement infection générale : ce que Lutz attribue moins au traitement qu'à la nature de l'infection.

On trouve assez souvent les restes de ces panaris sur plusieurs doigts ou orteils. Ces lésions et l'absence de sensibilité des parties malades de la peau confirment le diagnostic, même en dehors de tout autre symptôme apparent.

Le deuxième processus amenant la mutilation se présente sous l'aspect du mal perforant. Il s'agit habituellement d'ulcères arrondis, survenant par usure progressive, attaquant à peu près également les parties molles et celles plus résistantes ; ils sont creusés à leur base en forme de lentille concave et toujours avec perte notable de la sensibilité. On les observe à la paume des mains et à la plante des pieds ; aux doigts et aux orteils dont ils déterminent parfois la chute, on voit rarement des mutilations plus étendues. Ces ulcérations ne se cicatrisent qu'exceptionnellement dans les conditions ordinaires.

Un autre genre de mutilation se produit sans ulcération, en général dans les formes mixtes. Ce sont des ankyloses avec rétraction ou résorption de certaines parties (os, tendons, fascias), précédées parfois d'engorgement et de tuméfaction. L'atrophie des muscles est souvent considérable. Il peut en résulter des difformités très prononcées et des altérations fonctionnelles graves sans que la vie du malade soit menacée.

Les influences extérieures jouent un rôle important dans la lèpre mutilante ; cependant elle atteint aussi des personnes qui ne sont pas exposées à des lésions traumatiques.

Lèpre maculeuse. — La forme maculeuse se rapproche beaucoup plus de la lèpre des nerfs que de la lèpre tubéreuse, et on pourrait la regarder comme une localisation spéciale de la première. Dans la forme pure, il n'y a pas d'épaississement appréciable des nerfs cutanés, ni tendance à la formation de vésicules et d'ulcérations, et l'affection a un caractère bénin.

Dans la plupart des cas, la marche de la maladie est la suivante : Des taches hyperhémiques réparties plus ou moins irrégulièrement, s'effaçant à la pression, apparaissent sur toute la surface cutanée. L'auteur en a observé, sur la face, de la dimension d'une pièce de cinq francs en argent, sans modifications de leurs caractères habituels. Elles sont souvent aussi le siège de pigmentations diffuses ou en petits foyers, et alors elles ne cèdent plus à la pression. Elles sont entourées d'un liséré légèrement saillant de un à deux travers de doigt, qui s'étend à la périphérie. Au centre, la peau reprend complètement ou à peu près son aspect normal, ou bien il se produit une atrophie plus ou moins prononcée et le pigment disparaît ; la peau prend alors les caractères d'une cicatrice ancienne de vaccin.

Les taches sont fréquemment un peu douloureuses au début ; mais quand le liséré s'est formé, il devient douloureux et le centre de la tache est souvent anesthésique ou analgésique.

Tant que le liséré saillant existe, la tache s'étend peu à peu ; sa disparition est le signe d'un arrêt du processus.

Lutz ne regarde comme une forme pure que celle où la paresthésie est limitée aux taches. C'est une affection très légère, pouvant même passer inaperçue des malades. Des engorgements ganglionnaires peuvent survenir et même former des tumeurs considérables, mais seulement dans les cas anciens.

La lèpre maculeuse est souvent compliquée de lèpre des nerfs ; dans ces cas, il y a aussi de l'anesthésie sur des parties indemnes de taches, et notamment sur les extrémités terminales des membres, ainsi que des éruptions pemphigineuses et des ulcérations ; ces cas sont d'ordinaire de nature bénigne.

Les lépromes surviennent rarement dans cette variété de lèpre.

La lèpre maculeuse peut offrir une certaine ressemblance avec le psoriasis gyrata, l'herpès tonsurant et diverses autres mycoses à marche centrifuge. La constatation des paresthésies, qui font rarement défaut dans la lèpre, permet d'éviter toute erreur. Les taches se distinguent du vitiligo acquis par leur liséré saillant ; cependant les cas anciens sont parfois difficiles à diagnostiquer, mais l'erreur n'est guère possible si

l'on tient compte de tous les facteurs. D'après Lutz, il ne faudrait pas compter sur la recherche du bacille pour établir le diagnostic différentiel, car il lui a été impossible de le découvrir dans un fragment pris sur un liséré saillant.

Traitement de la lèpre. — L'arrêt, l'amélioration et même la guérison des premières périodes de la lèpre des nerfs et de la lèpre maculeuse n'étant pas rares, on peut être conduit à attribuer ce résultat à tout remède fréquemment employé; cependant, avec un peu d'attention, il est facile de différencier cette marche spontanée d'avec les résultats beaucoup plus rapides d'un traitement approprié.

Les remèdes nouveaux, souvent très actifs dans d'autres affections, tels que l'acide phénique, la créosote, le sublimé, l'iode de potassium, le condurango, la strychnine, etc., malgré quelques succès apparents, n'ont pas réussi à prendre une place importante dans la thérapeutique de la lèpre. Les succès attribués à la strychnine à New-York, où l'on observe surtout les formes nerveuses, s'expliqueraient, d'après l'auteur, par des améliorations ou des guérisons spontanées, qui ne sont pas rares dans les cas légers. Il repousse l'emploi de ce remède dangereux et incertain.

L'huile d'acajou ou cardol (de l'anacardium occidentale), très vantée autrefois dans le traitement de la lèpre tubéreuse, paraît être retombée dans l'oubli, ainsi que les autres médicaments oléo-résineux. L'auteur n'est pas en mesure de confirmer les succès attribués récemment au tanin en Portugal et à Rio de Janeiro, non plus que l'action attribuée par Silva Aranjó à l'acide gynocardique.

Parmi les remèdes internes, Lutz signale comme les plus actifs le pyrogallol employé par Unna d'une façon systématique, et la chrysarobine conseillée par le même auteur dans le traitement de la lèpre. Dans six cas, Lutz a pu constater l'efficacité de ces remèdes. Il resterait à savoir s'ils peuvent amener la guérison complète de la maladie.

D'après l'expérience de l'auteur, ces deux remèdes sont également énergiques; on peut les employer simultanément ou séparément. Ils peuvent être appliqués pendant longtemps et on peut en augmenter graduellement les doses; leur action est surtout locale.

Des nodosités anciennes, de grosseur modérée, disparaissent en général en deux à trois mois par résorption interstitielle, sans destruction du revêtement épithélial; cependant il faut une certaine précaution dans l'emploi des pommades; si le traitement est continué assez longtemps, il y a peu de tendance aux récidives locales. Par contre, la disparition des nodosités s'accompagne facilement de la production de nouvelles nodosités emboliques, quand la cure par les frictions ne s'y oppose pas.

Les douleurs lancinantes, dans les extrémités, sont influencées lentement mais d'une manière évidente par des cures générales de frictions.

L'anesthésie diminue, l'œdème disparaît et les nodosités qui siègent au niveau des nerfs cèdent beaucoup plus rapidement que sans traitement. Dans les cas graves, la guérison a lieu par la transformation connective des granulomes nerveux, probablement avec perte de substance sur laquelle on pourrait peut être agir par un traitement mécanique.

Les formes maculeuses récentes guérissent complètement, et, semble-t-il, plus rapidement que les nodosités lépreuses.

Le salicylate de soude est un auxiliaire précieux du traitement. Il faut débiter par 6 grammes au moins par jour. Les malades s'habituent à ces doses et les résultats sont très favorables; le bicarbonate de soude facilite la tolérance; le salicylate paraît surtout utile quand il y a tendance aux embolies noueuses. Le thymol, que Lutz a administré pendant longtemps sans inconvénient, à la dose de 3 à 4 grammes par jour, paraît agir de la même manière.

L'auteur se réserve d'indiquer plus tard diverses méthodes de traitement interne et externe qu'il a essayées, et dont quelques-unes lui ont donné de bons résultats. Il termine en exprimant sa conviction que, par un traitement appliqué à temps, on peut, dans la plupart des cas, amener une régression des symptômes visibles, et parfois la guérison complète.

N.B.—Ce n'est qu'après avoir terminé son travail que l'auteur a eu connaissance de l'ouvrage de Leloir et du compte rendu qu'en a donné Unna.

A. DOYON.

VIII. — Laissant de côté le lupus du nez, M. Cartaz étudie seulement les ulcérations et les gommes tuberculeuses du nez dont il a pu réunir dix-sept observations empruntées à divers auteurs et recueillir une observation personnelle.

Il s'agit d'une lésion rare, car Willigk n'en a rencontré qu'un cas sur 476 autopsies de tuberculeux, et Weichselbaum, deux cas sur 164 autopsies de tuberculeux. Elle peut se présenter sous la forme d'une ulcération ou sous forme d'une tumeur et ces deux formes peuvent coexister chez un même sujet.

Le début des ulcérations est insidieux, marqué seulement par la production d'une sécrétion muco-purulente peu abondante ou par la formation de croûtes qui s'enlèvent assez facilement. L'ulcération, assez ordinairement unique, siège sur la cloison à un centimètre et demi du méat nasal; parfois elle siège tout à fait à l'entrée des narines, et se continue sur la lèvre, en formant alors une ulcération plutôt cutanée que muqueuse, ou bien à la fois cutanée et muqueuse comme à la commissure labiale, au pourtour de l'anus ou à l'orifice vulvaire; elle occupe la cloison et le plancher des fosses nasales, ainsi du reste que la plupart des ulcères de la muqueuse nasale. Elle a les mêmes caractères que les

ulcérations tuberculeuses des autres muqueuses : forme plus ou moins arrondie, ovalaire, un peu allongée, dimensions allant de celles d'une pièce de cinquante centimes à celles d'une pièce de un franc, fond gris rougeâtre pâle, amas caséux ou fines granulations grisâtres en divers points de la surface, bords saillants et formant parfois un léger bourrelet rougeâtre ou franchement déchiquetés et constitués par de petites excavations, des dentelures donnant l'aspect du chancre mou, petits points gris jaunâtre formant un semis à la périphérie, muqueuse presque toujours un peu plus rouge et plus ou moins tuméfiée à la périphérie de l'ulcère. Les signes fonctionnels sont peu prononcés : douleur nulle ou peu marquée, sécrétion muco-purulente, devenant sanguinolente à la suite des grattages ou des efforts pour se moucher.

Dans la deuxième forme, observée par Kœnig, Riedel et Schäffer, il se développe une tumeur véritable qui, obstruant partiellement les fosses nasales, produit un embarras de la respiration, de l'enchifrènement ; il y a par le nez un écoulement un peu abondant, d'abord aqueux, puis purulent, parfois teinté de sang ; la tumeur, développée à la partie antérieure de la cloison cartilagineuse, s'étend en arrière, a une couleur rouge pâle, une surface irrégulière, granuleuse, légèrement bosselée, présente l'aspect d'une framboise et peut atteindre le volume d'une noix ; elle est quelquefois le siège d'une ulcération plus ou moins profonde pouvant atteindre jusqu'au cartilage. L'examen histologique de deux de ces tumeurs fait par Dietrich Nasse a montré qu'elles étaient formées d'un tissu de granulation très vasculaire dans lequel on trouvait des tubercules miliars et des bacilles de Koch.

Les ulcérations coïncidant presque toujours avec des lésions viscérales très graves, on a peu à espérer du traitement local, qui devra consister, lorsque l'ulcération sera peu étendue, en cautérisations avec le galvano-cautère, et, lorsque l'ulcération sera plus large, en cautérisations avec l'acide lactique ; le pansement devra être fait avec l'iodoforme.

GEORGES THIBERGE.

IX. — Homme de 43 ans, phthisique du poumon et du larynx. En juillet 1886, six semaines après une brûlure de l'avant-bras, la cicatrice de celle-ci devint, à la suite de grattages, le siège d'une excoriation qui se recouvrit d'une croûte ; le malade ayant enlevé cette croûte à plusieurs reprises, l'excoriation se reproduisit chaque fois. La croûte finit par revêtir une coloration gris sale et un aspect papillaire rappelant tout à fait le tubercule anatomique d'inoculation ; elle a 7 centimètres de long sur 5 de large et est assez régulièrement circulaire, mais quelque peu sinieuse sur ses bords ; elle est entaillée de profondes crevasses qui s'enfoncent jusqu'au derme ; elle est très adhérente et recouvre une surface dermique à peine ulcérée qui saigne abondamment et qui est hérissée de végétations papillaires très délicates et très longues. La sérosité sanguinolente recueillie au-dessous des croûtes renferme des bacilles de Koch peu nombreux, mais parfaitement nets.

GEORGES THIBERGE.

BIBLIOGRAPHIE.

- I. — SUR LA LÈPRE. NATURE, ORIGINES, TRANSMISSIBILITÉ, MODES DE PROPAGATION ET TRANSMISSION. — Mémoire lu à l'Académie de médecine, le 11 octobre 1887, par M. E. BESNIER.
- II. — SUR LES ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES DE LA PEAU, par MAURICE VALLAS. (*Thèse de doctorat*. Lyon, 1887. — Brochure in-8° de 90 pages, chez J.-B. Baillière.)
- III. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES GANGRÈNES DITES FOUDROYANTES SPONTANÉES DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES DE L'HOMME, par C. DE BONNIÈRE DE LA LUZELLERIE (*Thèse de doctorat*. Lille, 24 mai 1887).

I. — « La question des origines et des modes de propagation de la lèpre est une des plus graves et des plus urgentes qu'ait à résoudre la médecine de notre époque. » Cette déclaration de M. Besnier n'étonnera pas les médecins qui ont visité la Haute-Italie, la Norvège, le Portugal, la Turquie, ou qui ont eu la bonne fortune de parcourir les pays lépreux d'outre-mer; elle sera comprise aussi de ceux qui fréquentent notre foyer lépreux parisien, foyer tout artificiel, du reste, l'hôpital Saint-Louis. Chaque année, en effet, les médecins de l'hôpital Saint-Louis admettent dans leurs services des lépreux de diverses provenances : M. Vidal recevait récemment un soldat qui avait contracté la lèpre à Cayenne; M. Besnier soignait un marin contagionné à Madagascar, une religieuse française et un employé français du consulat de Rio-de-Janeiro, un Français de Port-au-Prince, un négociant italien de Buenos-Ayres, un maquignon français revenant de Valence, en Espagne.

Il n'en faut pas davantage pour montrer à nos compatriotes, à nos marins, à nos soldats, à nos commerçants, les dangers auxquels les expose la fréquentation des lépreux, pour indiquer l'importance, au point de vue humanitaire et au point de vue français spécialement, de la prophylaxie de la lèpre.

Aussi devons-nous savoir gré à M. Besnier d'avoir pris texte du beau *Traité de la lèpre* du professeur Leloir, pour ramener l'attention de l'Académie de médecine à ces graves questions, et mettre en relief deux points spéciaux de l'histoire de la lèpre : d'une part sa nature, d'autre part, ses origines, et ses modes de propagation.

Les histologistes sont d'accord aujourd'hui sur l'existence du bacille

caractéristique, le bacille de Hansen, qu'on trouve dans la lymphe, dans les sécrétions provenant de surfaces lépromateuses (larmes, salive, mucus nasal, liquide intestinal), dans les exsudats fournis par les *léprides* (le mot est de M. Besnier) bulleuses directes ou ulcéreuses, dans la lymphe vaccinale des lépreux. Le même organisme existe dans le derme, les muqueuses, les vaisseaux sanguins, les vaisseaux et ganglions lymphatiques, les cordons nerveux, le testicule (on sait que l'appareil génito-urinaire de la femme reste indemne), enfin les grands viscères. La lèpre a donc son bacille spécifique ; le bacille de Hansen lui appartient en propre, comme le bacille de Koch appartient à la tuberculose. Privée de cet élément essentiel, la lèpre n'existe pas, et, jusqu'ici, le bacille de Hansen n'a pas été découvert en dehors de l'organisme du lépreux.

Voilà le fait capital, irréfutable. La lèpre est une maladie spécifique ! Quelle difficulté aurons-nous, dès lors, à fixer ses origines ?

Ce n'est pas dans l'air, le sol, les eaux, les aliments, qu'on peut placer, en ce moment du moins, le principe de la lèpre ; il est dans l'individu, dans le lépreux, qui seul peut, en tout pays, l'importer et le propager, de même que le syphilitique est seul capable de communiquer la syphilis. La maladie est attachée, non pas aux pays, mais bien aux hommes ; assurément elle est influencée, dans son développement, par les conditions de régions, de climats, de races ; elle est favorisée par l'encombrement, la misère, les privations ; mais le lépreux, en mourant, l'emporte avec lui dans la tombe.

La notion de la contagion de la lèpre était jadis universellement admise ; on isolait soigneusement les malades, on créait partout des léproseries. Or, il a fallu qu'un revirement singulier se produisît au commencement du siècle contre la doctrine régnante ; oublieux des leçons de l'histoire, certains médecins scandinaves donnaient le signal d'une propagande anticontagionniste, qui ne tardait pas à causer des catastrophes : la production d'une série nouvelle de foyers lépreux en était le résultat direct.

Assurément cette réaction doit être passagère ; mais n'oublions pas qu'elle est encore soutenue par quelques défenseurs attardés. Ce qui a pu jeter le trouble, en effet, dans certains esprits et donner du crédit aux anticontagionnistes, c'est l'ombre mystérieuse sous laquelle se dissimule, au début, la maladie. Si l'on s'attendait à des phénomènes bruyants, rapides, comme dans la variole, si l'on espérait voir, comme dans la syphilis, un accident primitif suivi de déterminations secondaires et tertiaires, on éprouverait de cruelles déceptions. Dans la lèpre, dit M. Besnier, on ne trouve guère de lésions vraiment primaires ; tout au plus quelques accidents précoces de la conjonctive, de la muqueuse nasale ou buccopharyngienne. L'incubation illimitée, l'évolution irrégu-

lière de l'affection rappellent exactement ce que nous observons journellement dans la tuberculose. Pourrions-nous dire quel jour et à quelle heure tel individu est devenu tuberculeux ? Et pourtant nous reconnaissons que le bacille de Koch se transmet de l'homme à l'homme. Il en est de même, assurément, du bacille de Hansen.

Faut-il citer des faits de transmission directe ? Ceux que rapporte M. Besnier sont saisissants : c'est, par exemple, le cas de cet Irlandais, dont parle H. Benson, qui, ayant couché pendant plus d'un an dans le lit de son frère lépreux et porté ses vêtements, contracte la lèpre ; c'est encore le fait de l'enfant norvégien qui fut contaminé par un lépreux dont il était le favori et dont il partageait la couche. Et, pour ce qui concerne les grandes épidémies de lèpre, n'avons-nous pas les relations de celles de la province d'Alicante, du cap Breton, de la Louisiane, et la plus célèbre, celle des îles Sandwich, épidémies récentes, bien observées et bien décrites, qui viennent à l'appui de la doctrine contagionniste.

Telle est la valeur d'innombrables faits positifs. M. Besnier se préoccupe également des faits négatifs et des objections formulées par les anticontagionnistes.

Ces objections sont au nombre de cinq principales :

1° La lèpre n'a pu être inoculée aux animaux. Cela prouve simplement que, comme la syphilis, elle appartient exclusivement à l'espèce humaine.

2° Ses inoculations, tentées sur l'homme, n'ont jamais abouti. Or, la seule expérience vraiment scientifique a été faite, en 1884, par Arning, aux îles Havaï, sur un condamné à mort ; cette expérience est provisoirement négative. Mais Giardner a cité deux cas très importants d'inoculation lépreuse vaccinale.

3° Les conjoints restent souvent unis longtemps, l'un lépreux, l'autre sain. L'immunité des conjoints n'est pas constante : MM. Vidal et Leloir ont rapporté des observations qui détruisent absolument cette objection.

4° Les médecins, garde-malades, etc., ne prennent pas la lèpre en soignant les lépreux. — M. Besnier répond à cette objection en citant des filles de charité, des médecins, le frère Damien, les 52 serviteurs de la léproserie de Molokaï, victimes du dévouement professionnel ;

5° Les lépreux venus à Paris, à l'hôpital Saint-Louis, n'ont pas créé en France de foyer lépreux. Cela tient aux précautions prises jusqu'ici par tous ceux qui ont approché les patients. Cette objection pourrait perdre sa valeur si nous laissions s'acclimater parmi nous la dangereuse doctrine des anticontagionnistes.

M. Besnier étudie, en terminant, l'hérédité de la lèpre. Il admet la transmission opérée pendant la conception ou durant la vie intra-utérine.

rine, c'est-à-dire l'héréd-contagion (dans de rares circonstances, il est vrai). C'est une notion qui vient compléter l'argumentation si convaincante de l'auteur.

Reste-t-il quelque chose à ajouter à cet éloquent réquisitoire ? Peut-on dire plus et mieux dire ? Nous le demandons à ceux qui nient encore la contagion de la lèpre, en livrant à leurs méditations l'important travail de M. Besnier.

L. GALLIARD.

II. — L'étude des diverses formes de la tuberculose cutanée est certainement une des questions qui ont fait le plus de progrès dans ces dernières années. Après avoir été longtemps considérée comme respectée par la tuberculose, la peau est aujourd'hui regardée comme assez souvent atteinte par elle et sous des formes très diverses.

Dès maintenant, on connaît et on sait reconnaître quatre formes de tuberculose cutanée : le lupus, les gommescrofulo-tuberculeuses, la tuberculose verruqueuse de Riehl et les ulcérations tuberculeuses de la peau, qui constituent le type le plus parfait et le plus anciennement — si l'on peut parler d'ancienneté à propos d'une affection dont la première observation, celle de Coyne, date de quinze ans à peine — reconnu de la tuberculose cutanée. C'est cette dernière forme que M. Vallas a eue en vue dans une thèse des plus remarquables où il comble de nombreuses lacunes, qui existaient encore dans les descriptions antérieures.

On connaît, et de reste, l'aspect clinique des ulcérations tuberculeuses de la peau, leur forme variable, leurs bords taillés à pic, leur fond granuleux, les granulations tuberculeuses qui les entourent : il n'y avait pas à insister longuement sur ces caractères dont la description est devenue banale à force d'avoir été redite. M. Vallas signale plus particulièrement la douleur qui, bien que contestée par quelques auteurs, est généralement très vive au moindre attouchement et est surtout marquée dans les ulcères qui siègent au pourtour des orifices naturels ; il note que les ulcérations tuberculeuses sont souvent multiples et occupent alors des régions différentes ; il remarque encore que l'accroissement en profondeur est moins rapide que l'accroissement en surface, mais qu'au bout d'un certain temps, lorsque le derme est complètement détruit, l'infiltration tuberculeuse peut se répandre librement dans le tissu cellulaire sous-cutané et prend la forme d'un entonnoir dont la base répond à la peau, et que les ulcérations qui siègent sur les membres ont généralement des dimensions plus considérables que celles des lèvres ou de l'anus. Le début de l'ulcération peut se faire de deux manières différentes : soit primitivement sur la peau non altérée, par le développement d'une petite papule dure et rouge, dont le sommet se ramollit puis s'ulcère, soit consécutivement à une blessure accidentelle (coupure, con-

tusion, brûlure), qui tarde à se cicatriser et s'agrandit chaque jour davantage.

L'anatomie pathologique des ulcérations tuberculeuses de la peau était à peine ébauchée : M. Vallas l'a étudiée sous la direction du professeur Renaut et donne de ces lésions une description très complète. Les lésions de la tuberculose cutanée sont, dit-il, très variables suivant les cas, avec la virulence du bacille tuberculeux et la résistance du tissu appelé à réagir par la mise en jeu de ses propres aptitudes évolutives et réactionnelles.

Quoique le nombre des examens anatomiques faits sérieusement soit encore peu considérable, on peut dès maintenant décrire trois formes de tuberculose cutanée : 1° la forme qu'on peut appeler granulo-caséuse et qui répond à des nodules pour la plupart embryonnaires reliés par de larges nappes d'inflammation dégénérative internodulaire ; 2° une tuberculose qu'on peut appeler folliculaire, dans laquelle on trouve des follicules tuberculeux isolés ; 3° la tuberculose à nodules de Friedländer et à tissu réticulé. Cette dernière répond au lupus vulgaire et produit un syndrome clinique très particulier qui ne rentre que très accessoirement dans la question des ulcères tuberculeux de la peau.

La première forme, ou forme granulo-caséuse, appartient aussi bien à la tuberculose linguale qu'à la tuberculose cutanée ; c'est même au niveau de la langue qu'il est préférable de l'étudier tout d'abord, parce qu'elle y est moins altérée par des modifications accessoires que sur la peau. A la peau, l'ulcère tuberculeux granulo-caséux se présente avec les caractères suivants : le derme est infiltré irrégulièrement, mais toujours sur une surface à peu près continue, par des granulations embryonnaires dépourvues de cellules géantes et caséifiées, pour ainsi dire, en bloc avec l'infiltration embryonnaire intercalaire ; à un faible grossissement, on distingue encore les nodules tuberculeux au niveau des parties en dégénérescence, grâce à leur forme arrondie qui reste encore distincte au sein de la caséification massive. Sur les bords de l'ulcère, les papilles sont très hypertrophiées, le corps de Malpighi est surchargé d'éléidine au niveau de la ligne granuleuse ; c'est dans les papilles hypertrophiées que se fait l'extension en surface des masses tuberculeuses au moyen de l'inflammation spécifique internodulaire, ainsi que le prouve la présence d'un grand nombre de bacilles tuberculeux dans les espaces interfasciculaires du tissu conjonctif de la papille hypertrophiée. Au-dessous du plancher granulo-graisseux de l'ulcération, on trouve dans le derme les faisceaux conjonctifs gonflés, les cellules fixes ne se colorant plus par le carmin, et des files de cellules globuleuses en voie de dégénération dans les espaces inter-organiques ; un peu plus profondément, apparaissent des bandes ou des traînées irrégulières d'infiltra-

tion lymphatique. Un grand nombre d'artérioles et de petites artères présentent les lésions de l'endartérite oblitérante. Les glandes cutanées, contrairement à ce qui a lieu pour les glandes du larynx, ne présentent à peu près pas de lésions : cela tient probablement à ce que leur conduit excréteur est très fin, à ce que leurs orifices ne sont pas le siège d'érosions catarrhales et à ce qu'elles ne présentent pas sur leur trajet de dilatactions ampullaires très propres à devenir le siège de la pullulation du parasite introduit.

Dans la deuxième forme, tuberculose folliculaire, on constate la présence de follicules ayant la structure des follicules de Köster. Dans le derme, on trouve de rares follicules tuberculeux, tout petits, ayant chacun pour centre au moins une cellule géante entourée d'une zone épithélioïde dont toutes les cellules ont subi la dégénération sur place. Ces follicules ne sont pas réunis par larges bandes inflammatoires et, dans le derme, on ne trouve pour ainsi dire pas de lésions inflammatoires ; seules, les petites artères sont le siège d'une endartérite et sont entourées de colliers plus ou moins complets de grains élastiques néoformés. Au-dessus, et dans le voisinage plus ou moins immédiat de chaque follicule, le derme présente des lésions profondes et très remarquables : le tissu connectif semble avoir la consistance de la gelée, les faisceaux fibreux sont séparés les uns des autres par une substance claire que le picrocarmin laisse incolore ; ces faisceaux sont revenus sur eux-mêmes, comme ratatinés ; les faisceaux élastiques de la surface se résolvent en une série de grains ; l'ulcération se forme par suite de la désintégration de cette substance translucide, produit d'une sorte de nécrobiose lente exercée, pour ainsi dire, à distance sous l'influence de chaque lésion tuberculeuse folliculaire minuscule et tout à fait disproportionnée avec celle-ci. Sur le bord de l'ulcère, l'hypertrophie papillaire est moins considérable que dans la forme fibro-caséuse : au-dessous de la limitante vitrée, le corps de Malpighi subit une sorte de décollement et semble avoir été arraché.

Il est vraisemblable qu'il existe, entre ces deux formes, une série de formes intermédiaires : il en est au moins une dans laquelle les lésions, fibro-caséuses à la superficie, s'étendent dans la profondeur sous la forme folliculeuse.

La localisation que présentent les lésions tuberculeuses de la peau, leur faible tendance à envahir les tissus voisins doivent être rapprochées de l'évolution des tumeurs blanches, au niveau desquelles la tuberculose a peu de tendance à quitter le tissu synovial : il semble que la tuberculose, lorsqu'elle atteint les diverses variétés du tissu conjonctif modelé, s'y localise et n'en sort plus.

Il est vraisemblable qu'il existe des formes de tuberculose cutanée à

follicules tuberculeux n'ayant pas de tendance immédiate à la dégénération et qui, au contraire tendent à s'entourer de tissu réticulé, de sorte qu'elles se rapprochent, au point de vue anatomique, du lupus.

Les bacilles tuberculeux ont été trouvés dans les bourgeons fongueux provenant d'une ulcération tuberculeuse du doigt. Dans un cas d'ulcération de la lèvre, M. Vallas n'a pas trouvé de bacilles tuberculeux dans la sécrétion de l'ulcération, mais y a rencontré le micrococcus tetragenus de Koch qui paraît avoir quelques rapports avec la tuberculose.

Des inoculations ont été faites avec le produit du raclage d'une ulcération du doigt : chez le lapin, elles n'ont rien donné ; mais, chez le cobaye, elles ont produit des granulations tuberculeuses inoculables en série au cobaye et qui, au deuxième terme de la série, ont été inoculées avec succès au lapin. On sait que M. Arloing, inoculant au cobaye et au lapin des produits de lésions scrofuleuses, n'a obtenu de résultats positifs que chez le cobaye, tandis que le lapin ne peut être inoculé avec succès qu'avec les lésions véritablement tuberculeuses ; il a néanmoins reconnu que le passage par l'organisme du cobaye exalte les propriétés infectieuses du tubercule et peut rendre inoculable, avec succès, au lapin des produits qui, inoculés directement à celui-ci, ne peuvent se développer dans son organisme. Les résultats obtenus par M. Vallas se rapprochent donc beaucoup de ceux obtenus par M. Arloing avec des produits tuberculeux à virulence faible. M. Vallas fait remarquer en outre que MM. Cornil et Leloir ont constaté la rareté des bacilles dans le tissu du lupus et la longueur de la période d'incubation dans les expériences d'inoculation avec des matières lupiques, que M. Letulle a obtenu des résultats semblables avec les gommes scrofulo-tuberculeuses, ce qui l'amène à dire que, dans toutes les formes de la tuberculose cutanée, il s'agit de tuberculose atténuée par des conditions encore mal déterminées de terrain, de température peut-être.

La tuberculose cutanée est une lésion rare : M. Vallas n'en a pu réunir que 33 observations.

Le siège des lésions se répartit de la façon suivante :

Région anale.....	13	
Lèvres.....	11	{ 7 fois à la lèvre inférieure; 4 fois à la lèvre supérieure.
Membre supérieur.....	5	
Face.....	2	
Vulve.....	2	
Verge.....	1	
Membre inférieur.....	1	

Une condition constante et indispensable du développement des ulcè-

rations tuberculeuses de la peau, est l'existence, depuis quelque temps, chez le malade, d'une tuberculose viscérale, le plus souvent la tuberculose pulmonaire, seule ou accompagnée de l'infection d'autres organes : muqueuse laryngée ou intestinale, épидидyme, etc. Il faut, en outre, que le malade soit parvenu à la période cachectique de la tuberculose.

L'ulcération de la peau étant une lésion secondaire, consécutive à une infection déjà effectuée de l'organisme par la tuberculose, peut résulter ou bien de ce que l'agent infectieux, charrié par le système circulatoire, est apporté par le sang au contact des éléments anatomiques, ou bien de ce qu'il est déposé directement sur la surface de la peau, dans laquelle il pénètre et se fixe.

A l'appui de la première hypothèse, on peut invoquer l'expérience dans laquelle Max Schüller, après avoir infecté un animal par un procédé quelconque, lui fait un traumatisme au niveau d'une articulation et détermine une arthrite tuberculeuse ; mais alors on peut se demander pourquoi le tégument externe, qui est certainement la partie de notre organisme la plus exposée aux injures extérieures, est aussi celle sur laquelle la tuberculose se développe le plus rarement ? Pourquoi la localisation se fait au pourtour des orifices naturels, aux doigts ou à la main ? Il faut, en outre, faire remarquer que la présence du bacille de Koch dans le sang n'est pas un phénomène constant.

Dans la deuxième hypothèse, le traumatisme favorise beaucoup la pénétration du bacille, mais ne lui est pas nécessaire : un liquide chargé de principes virulents et séjournant à la surface de la peau, peut être absorbé et, en pénétrant dans le derme, y déposer les germes qu'il contient. Les lèvres constamment souillées par des crachats chargés de bacilles, les doigts et les mains, que les malades portent fréquemment à la bouche pour essuyer leurs lèvres souillées, sont les parties les plus exposées au contact et à l'action des liquides infectieux ; la tuberculose intestinale existait dans presque tous les cas d'ulcérations anales et, dans un cas la tuberculose anale survint quelques jours après le début d'une diarrhée colliquative intense. Si les ulcérations tuberculeuses ne se produisent pas partout et dans tous les cas où les bacilles sont en contact incessant avec la peau, si elles font défaut autour des trajets fistuleux multiples produits par les ostéites et les arthrites tuberculeuses, c'est, dit M. Vallas, parce que la cachexie n'existe pas dans ce cas : la peau est un terrain peu favorable au développement du bacille de Koch ; mais, chez un malade cachectique, tous les tissus subissent une déchéance vitale qui affaiblit leur résistance aux causes de destruction, et la peau n'échappe pas à cette loi générale. Dans le but de prouver expérimentalement la vérité de cette assertion, M. Vallas a fait, à l'avant-bras d'un tuberculeux

avancé, des scarifications qu'il a recouvertes d'un linge sur lequel il avait étendu un peu de liquide provenant de l'expectoration du malade ; celui-ci mourut au bout de quelques jours, temps insuffisant pour que le résultat négatif de l'expérience ait quelque valeur. L'influence de la cachexie est tellement marquée qu'on peut supposer, malgré l'absence de tout exemple de ce genre, que, chez un sujet cachectique pour une cause quelconque (cancer, albuminurie, diabète), une inoculation tuberculeuse accidentelle de la peau donnerait lieu à une ulcération.

Comparant les ulcérations tuberculeuses chez les malades cachectiques aux lésions que produit l'inoculation de matière tuberculeuse chez les sujets sains, M. Vallas remarque que, dans ce dernier cas, la maladie reste ordinairement locale et guérit très bien par un simple raclage, ce qui démontre que l'intoxication ne doit pas être bien violente ni bien profonde.

En résumé, suivant que le sujet est sain ou déjà affaibli, le mode réactionnel de la peau est variable, et la lésion produite ne présente ni les mêmes caractères ni la même gravité. Dans le premier cas, le tissu anatomique résiste à l'agent infectieux ; on voit se produire le nodule de Friedländer, c'est-à-dire la moins nocive des productions tuberculeuses ; aussi l'affection évolue lentement, reste locale, rétrocede peu à peu et finit par guérir par la transformation fibreuse et l'enkystement des nodules infectieux : c'est le cas du lupus, de la tuberculose verruqueuse. Dans le second cas, la réaction contre la cause destructive est considérablement affaiblie ; c'est le nodule embryonnaire, c'est le follicule de Koster, qui se développent ; le tissu ectodermique se désintègre, il se produit un processus ulcéreux qui ne rétrocede jamais, ne guérit jamais spontanément, mais prend une marche envahissante, progressivement extensive : c'est le cas des ulcérations tuberculeuses proprement dites.

Le diagnostic, généralement assez facile, doit être fait avec les lésions suivantes : ulcère lupique, ulcère consécutif à la fonte d'une gomme tuberculeuse, chancre syphilitique, syphilide ulcéreuse tertiaire, chancre mou, ulcère épithélial, ulcère arsénical, ulcère acnéique.

Le pronostic est très sérieux, non seulement parce que la lésion ne guérit pas, ou que, si elle semble guérir, on la voit reparaitre aussitôt, non seulement à cause des douleurs et des symptômes fonctionnels qu'elle produit, surtout lorsqu'elle siège au pourtour des orifices naturels, mais encore et surtout parce qu'elle est l'indice d'une misère physiologique profonde, d'une cachexie avancée.

Le traitement local ne donne que très peu de résultats, dit M. Vallas, qui conseille un pansement à l'iodoforme, et pense que la seule indication consiste à soigner l'état général et à soutenir les forces du malade

par un régime tonique et réparateur. A notre avis, c'est trop désespérer du traitement local, et nous croyons que des cautérisations, soit avec le thermo-cautère, soit avec le galvano-cautère, peuvent avoir un effet aussi heureux que dans d'autres formes de tuberculodermie.

On voit, par cette analyse forcément écourtée, quelle importance a le travail de M. Vallas au point de vue de l'anatomie pathologique et de la pathogénie des ulcérations tuberculeuses de la peau, et combien il vient éclairer la pathologie de la tuberculose cutanée, en montrant, à l'aide de l'anatomie pathologique générale, les rapports que présentent entre elles ses différentes formes.

GEORGES THIBERGE.

III. — Sous l'inspiration de M. Leloir, l'auteur étudie une forme de gangrène des organes génitaux, surtout connue depuis les leçons de M. Fournier, caractérisée par un début soudain, inexplicable, une marche foudroyante; sa limitation aux téguments externes seuls, sa coloration tantôt noire, tantôt jaunâtre et comparable à la teinte de la banane bien mûre (Leloir), l'apparition de vastes nappes lymphangitiques ou d'érysipèle bronzé. Cet érysipèle bronzé est tantôt secondaire, tantôt primitif, ce qui indique que ces gangrènes ne sont autre chose, dans certains cas, que des lymphangites gangréneuses. Les symptômes généraux, d'intensité très variable, peuvent amener la mort; mais la guérison n'est pas impossible.

Ces gangrènes n'ont pour cause ni un traumatisme, ni l'état général mauvais, ou la misère physiologique des sujets. Leur cause est dans une infection, déterminée par un micro-organisme spécial qui a été constaté par Duclaux et par Leloir, et qui agit en produisant des phlébites ou des lymphangites.

GEORGES THIBERGE.

REVUE DES THÈSES DE SYPHILIGRAPHIE

(FACULTÉ DE PARIS, 1887.)

- I. — DE LA FRÉQUENCE RELATIVE DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS DE CHANCRES SYPHILITIQUES EXTRA-GÉNITAUX, par NIVET.
- II. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ICTÈRE SYPHILITIQUE SECONDAIRE, par SCHROEDER.
- III. — DE LA MÉTRITE DES SYPHILITIQUES, par BONNET.
- IV. — DE LA PACHYVAGINALITE SYPHILITIQUE, par d'OELSnitz.
- V. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS TERTIAIRE DE L'ARRIÈRE-GORGE, par VIARD.
- VI. — DES GOMMES DE LA PEAU DANS LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE, par TOUTUT.
- VII. — ESSAI SUR LES MYÉLO-ENCÉPHALOPATHIES SYPHILITIQUES TERTIAIRES DIFFUSES OU DISSÉMINÉES, par M^{me} DE HÉRODINOFF.
- VIII. — RAPPORT DE LA SYPHILIS AVEC LES FIÈVRES ÉRUPTIVES, par AMIEL.
- IX. — DE LA SYPHILIS CHEZ LES PERSONNES AGÉES, par REGOBY.
- X. — TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE PEPTONE MERCURIQUE AMMONIQUE, par ARMAND MARTIN.
- XI. — DE LA PHLÉBITE DANS LE COURS DU RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE, par MARTEL.

I. — Dans cette intéressante étude statistique qui ne comprend que les cas relevés dans les notes particulières de M. le professeur Fournier, ou observés à l'hôpital Saint-Louis pendant l'année 1886, M. Nivet établit la proportion des chancres extra-génitaux suivant leur siège, et suivant le sexe des individus contaminés.

Sur un total de 381 chancres infectants extra-génitaux de l'adulte, il a trouvé :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Chancres céphaliques...	286	127	413
— du tronc.....	44	63	107
— des membres..	39	15	54
— du cou.....	5	2	7
	<u>374</u>	<u>207</u>	<u>581</u>

A ce total il faut ajouter 14 chancres extra-génitaux observés chez des enfants de moins de 30 mois et se répartissant ainsi :

Lèvres	{ supérieure 4 }	6
	{ inférieure 2 }	
Commissures labiales.....		2
Peri-anus.....		2
Langue.....		1
Cou.....		1
Nez....		1
Oreille.....		1
		<hr/> 14

Soit un total général de 595 observations relevées avec patience par M. Nivet.

Si l'on veut entrer dans le détail de cette statistique quant au siège régional de ces chancres, voici ce que l'on trouve en mélangeant les cas des deux sexes et les chancres des enfants : lèvres, 268 ; anus et peri-anus, 50 ; langue, 37 ; sein, 34 ; doigt, 31 ; menton, 31 ; amygdale, 29 ; abdomen, 20 ; œil et paupière, 15 ; cuisse, 12 ; joue, 11 ; nez, 11 ; cou, 8 ; gencive, 6 ; main, 5 ; oreille, 4 ; palais, 3 ; fesse, 3 ; voile du palais, 2 ; face (siège non spécifié), 2 ; tempe, 1 ; front, 1 ; coude, 1 ; bras, 1 ; articulation sterno-claviculaire, 1 ; avant-bras, 1 ; pharynx, 1 ; grand trochanter, 1 ; malléole, 1 ; clavicule, 1 ; région malaire, 1 ; mollet, 1 ; bouche, 1.

Un simple coup d'œil sur cette curieuse statistique indique assez quelles sont les régions les plus fatalement exposées à la contagion.

II. — Parmi les accidents syphilitiques de la période secondaire qui ont leur point de départ dans les viscères, il faut citer l'ictère, déjà signalé et étudié par de nombreux auteurs, parmi lesquels MM. Gaillard-Lacombe, Rendu, Delavarenne, Laporte, Moulard, Barthelemy, Guédillac, et à l'étude duquel M. Schroeder apporte sa contribution.

La pathogénie de cet ictère nous est encore mal connue. Pour Lancereaux, c'est une poussée congestive vers le foie, peut-être aussi une compression des canaux biliaires par les ganglions engorgés du hile ; pour Gaillard-Lacombe, c'est un ictère vulgaire, dont la syphilis est la cause occasionnelle ; pour Delavarenne, il faut y voir le produit de congestions répétées de l'organe hépatique. M. Schroeder, lui, suppose que c'est un ictère infectieux, « que la bactérie syphilitique produit une congestion du foie, glande sanguine et en même temps organe excréteur, et qu'elle provoque une inflammation catarrhale des cellules épithéliales

des conduits biliaires, amenant leur prolifération et leur chute, d'où oblitération et ictère par resorption. » Quoiqu'il en soit, l'ictère syphilitique secondaire revêt en partie les caractères de l'ictère catarrhal simple, et son pronostic est toujours favorable si on le traite. Il peut survenir du premier au dixième mois de la syphilis, le plus souvent dans les trois premiers mois. Comme durée, il varie entre trois semaines et trois mois généralement ; exceptionnellement, il a duré huit et dix mois. Une des meilleures preuves de sa nature syphilitique, est l'action si évidente et si prompte du mercure sous toutes les formes. Il récidive facilement si le traitement spécifique est cessé trop tôt.

III. — C'est encore à cette bactérie syphilitique, dont on parle si volontiers sans qu'on ait encore pu la trouver, qu'il faudrait, d'après M. Bonnet, rapporter la métrite qui s'observe quelquefois chez les femmes récemment syphilitisées. Cette mystérieuse bactérie, « en passant à travers les glandes si nombreuses de la muqueuse utérine pour être rejetée avec le mucus utérin, déterminerait l'irritation locale susceptible d'engendrer la lésion utérine ». Mais il faut aussi faire la part à l'anémie, engendrée par l'infection syphilitique, anémie si souvent l'origine, comme on sait, de troubles utérins. Les signes de la métrite des syphilitiques ne paraissent pas différer beaucoup de ceux de la métrite ordinaire, troubles menstruels, douleurs et leucorrhée. Il peut survenir consécutivement des exulcérations du col et l'hypertrophie de celui-ci. Mais à côté de ces exulcérations inflammatoires, on peut trouver de véritables lésions spécifiques, et celles-là contagieuses. Cette variété de métrite s'accompagne très rarement de complications péri-utérines ; mais les altérations utérines qui en sont la conséquence influent sur la grossesse et peut-être sur la fécondation. C'est à la co-existence des accidents secondaires, à la rapidité d'évolution, à quelques caractères objectifs, et surtout à l'influence sûre et heureuse du mercure qu'on doit de faire le diagnostic.

IV. — Ce travail, inspiré par M. Reclus, dont il reflète les idées déjà exposées sur l'*Hématocèle* dans le Dictionnaire Encyclopédique, tend à démontrer que la syphilis testiculaire, aussi bien que d'autres affections de cet organe, peut donner lieu à des pachyvaginalites. La pachyvaginalite, dit M. d'Oelsnitz, en citant M. Reclus, est une affection secondaire. « Une lésion cachée ou patente de la glande spermatique la précède et l'engendre : l'inflammation du viscère a comme corollaire l'inflammation de la séreuse qui devient parfois la maladie principale. »

V. — M. Viard s'est attaché, dans son intéressante thèse, à établir le

diagnostic des ulcérations tertiaires syphilitiques de l'arrière-gorge d'avec les ulcérations de la scrofule-tuberculose, assez communes dans cette région. Ce diagnostic, quand le malade est manifestement syphilitique, est encore facile; mais il n'en est pas de même quand la syphilis est ignorée du malade, et qu'il n'y a pas de manifestations évidentes; lorsqu'on se trouve par exemple en présence d'enfants de 12 à 15 ans, porteurs de lésions naso-pharyngiennes déjà avancées, avec des antécédents personnels bons en apparence et des antécédents héréditaires difficiles à établir. Autrefois, on mettait tout simplement ces accidents sur le compte de la scrofule; maintenant intervient un autre facteur dont la possibilité doit toujours être présente à l'esprit, à savoir, une syphilis héréditaire tardive. Le diagnostic s'établira par l'étude de l'état général et des commémoratifs au double point de vue de la scrofule et de la syphilis, et par l'étude de l'état local. Les ulcères syphilitiques sont ordinairement de forme plus nettement définie que les scrofulides; leurs bords sont plus tranchants, le fond en est ordinairement jaunâtre. Dans la strume, le fond de l'ulcère est le plus souvent fongueux. La perforation palatine peut se montrer dans les deux cas; mais quelques jours auront suffi à la syphilis pour opérer son œuvre, tandis que la scrofule agit avec la plus grande lenteur; puis, tandis que la vérole entaille largement et perfore nettement les tissus, comme à l'emporte-pièce, la scrofule rouge, érode et atrophie plutôt qu'elle ne perfore. Souvent on trouve chez les sujets à la fois la syphilis et la scrofule, aussi, en dehors du traitement spécifique dont la base est l'iode de potassium, convient-il le plus souvent d'adjoindre un traitement par l'huile de foie de morue et la thérapeutique anti-scrofuleuse ordinaire.

VL. — C'est encore le diagnostic de la gomme syphilitique et de la gomme scrofuleuse qui fait le sujet de la thèse de M. Toutut. Il étudie les gommes cutanées de la syphilis héréditaire chez les jeunes enfants et principalement les gommes siégeant dans la partie profonde du derme et dans le tissu cellulaire sous-cutané, laissant de côté ces petits tubercules superficiels décrits par Taylor sous le nom de *furuncular eruptions*. Sur la symptomatologie et l'anatomie pathologique des gommes sous-cutanées de la syphilis héréditaire il y a peu de chose à dire, celles-ci se rapprochant presque en tous points de celles de la syphilis des adultes. Le véritable intérêt réside dans le diagnostic exact de cette manifestation cutanée, et surtout dans le diagnostic d'avec les gommes tuberculeuses. La vérité est qu'elles sont tellement identiques d'aspect les unes et les autres qu'on a bien de la peine à ne pas les confondre. C'est bien plutôt dans l'état général du sujet et les commémoratifs que l'on trouvera les éléments d'un diagnostic. L'auteur ne s'occupe que des tout jeunes en-

fants et croit que chez eux les gommès scrofulèuses sont bien plus rares que les syphilitiques : nous nous permettons de faire de grandes réserves sur ce point. Il conseille de tenter toujours un traitement anti-syphilitique.

VII. — D'après M^{me} de Hérodinoff, il faudrait réserver à côté des myélites localisées ou systématisées que produit parfois la syphilis tertiaire, d'autres myélo-encéphalopathies disséminées et diffuses dues à la même affection.

C'est là une modalité qui est encore bien peu connue cliniquement et qui, par le fait, prête à de nombreuses erreurs de diagnostic. L'on conçoit dès lors, étant donné la diffusion des lésions, la multiplicité et la variabilité des symptômes observés ; on peut dire qu'ils peuvent être tous ceux qui relèvent à un moment donné de l'altération de l'encéphale ou de la moelle. Dans beaucoup de cas, il y aurait au contraire prédominance d'un certain nombre de symptômes, par exemple, quand la maladie occupe de préférence, tel ou tel territoire nerveux ; et alors, on peut facilement confondre ces formes diffuses avec des formes systématisées. Comme pour les autres formes de la syphilis cerebro-médullaire, la prédisposition individuelle joue un grand rôle dans l'étiologie de ces myélo-pathies, à vrai dire, fort vagues. Le point de départ de ces altérations serait une artérite scléreuse, plus tard, il y a diffusion de lésions et production de plaques ou zones plus ou moins nombreuses de sclérose. La dissémination des lésions explique la multiplicité des symptômes. Le pronostic de ces myélo-encéphalopathies diffuses serait très grave : elles finiraient par entraîner toujours la mort au bout d'un temps plus ou moins long, et souvent après des rémissions intermittentes qui rappellent les pseudo-guérisons de la paralysie générale avec laquelle ces myélo-encéphalopathies diffuses ont de nombreux points de ressemblance. Le traitement spécifique en dehors du traitement ordinaire des maladies cérébrales et médullaires, doit être donné de très bonne heure et avec énergie si l'on veut en tirer un bon résultat. Mais très rapidement il devient pour ainsi dire inutile, les lésions une fois opérées complètement étant irrémédiables.

On saisira d'ailleurs de suite de quelle maladie l'auteur a voulu parler, en connaissant qu'il prend pour type la fameuse observation publiée dans les *Archives de physiologie*, en 1873, par MM. Charcot et Gombault, observation bien souvent copiée et reproduite depuis lors, et discutée déjà dans la thèse de Savard (1882).

VIII. — Quelle est l'influence que peuvent avoir les fièvres éruptives sur la syphilis, et réciproquement que peut faire la syphilis sur les

les fièvres éruptives, tel est le problème pour la solution duquel l'auteur reconnaît n'apporter que des preuves peu nombreuses et des faits essentiellement variables, et nous ajouterons bien peu convaincants. Encore ne s'agit-il pour ainsi dire que de l'influence de la variole sur la syphilis, influence qui, dans plusieurs cas, aurait été heureuse : la variole, en effet aurait amené quelquefois la guérison de vieilles syphilides rebelles. Quant à l'influence de la syphilis sur la marche des fièvres éruptives, l'auteur ne cite qu'un cas de variole contractée par une syphilitique et terminée par la mort ; mais dans le fait, la débilitation de la malade était telle qu'elle suffit, sans faire intervenir la syphilis comme facteur de gravité, à expliquer la terminaison fatale.

IX. — On connaît le célèbre et spirituel aphorisme de Ricord « la vérole n'aime pas les vieux » ; cette influence néfaste de l'âge sur l'évolution de la syphilis acquise admise par tous les syphiligraphes et bien connue reçoit encore une confirmation de plus du travail de M. Regoby. Il faut cependant distinguer la sénilité d'âge et la sénilité réelle : tel est un vieillard qui n'a que quarante ans ; c'est cette sénilité réelle qui crée la gravité de la vérole. L'accident primitif de la syphilis des vieillards est souvent ulcéreux, à marche destructive, ressemble parfois au cancroïde, tous les accidents de la période secondaire revêtent eux aussi un type ulcéreux, et c'est chez ces sujets que l'on rencontre fréquemment l'ecthyma syphilitique.

X. — Tandis qu'à l'exemple de certains syphiligraphes d'Allemagne, on a tenté dans ces derniers temps de vulgariser, pour le traitement de la syphilis, les injections sous-cutanées de sublimé ou d'oxyde jaune de mercure, M. le Dr Martineau qui, depuis 1881, emploie dans son service de l'hôpital de Lourcine, les injections de peptone mercurique ammonique, s'est tenu à l'emploi de ce médicament dont il a toujours obtenu d'heureux résultats. Ce sont de nouveaux faits à l'appui de cette méthode curative, que son élève, M. Martin, nous rapporte. Ce sont là choses bien connues des lecteurs de ces Annales, nous n'y insisterons point. Rapidité de la guérison, supériorité de la préparation, excellence du procédé pour la pratique hospitalière et les cas graves de la ville, enfin innocuité locale absolue, telles sont les conclusions de cette thèse.

XI. — Dans un travail bien étudié, M. Martel a rassemblé dix observations, dont deux lui sont personnelles, de phlébite survenue dans le rhumatisme blennorrhagique. Sur ces 10 cas, 8 fois la phlébite s'était produite dans les veines saphènes ou fémorales, une fois dans les veines profondes du mollet, une fois dans la veine iliaque primitive gauche,

l'iliaque interne gauche et les veines du vagin. Cette phlébite paraît devoir être produite par le passage dans le courant circulatoire des micro-organismes du pus de la blennorrhagie, micro-organismes que l'on retrouve dans le sang et dans les liquides inflammatoires de tout sujet atteint de rhumatisme blennorrhagique. La guérison arrive du deuxième au troisième mois ; l'auteur n'a pas trouvé d'exemple de phlébite blennorrhagique suppurée. Le traitement consiste simplement en applications locales de liniments calmants et surtout dans le repos le plus absolu au lit.

HENRI FEULARD.

V. — INDEX DES THÈSES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE SOUTENUES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE
1886-1887.

- De quelques manifestations morbides non vénériennes observées sur les organes génitaux dans les pays chauds (étiologie-pathogénie), par M. Lassabatie (3 novembre 1886).
- De l'anesthésie et de l'atrophie testiculaires dans l'ataxie locomotrice progressive, par M. Rivière (3 novembre 1886).
- Recherches sur les syphilides papulo-squameuses simulant le psoriasis vulgaire, par M. Seguy (17 novembre 1886).
- Du traitement chirurgical de l'anthrax chez les diabétiques, par M. Tronchet (24 novembre 1886).
- Des varices de la langue, par M. Manon (25 novembre 1886).
- Contribution à l'étude de la maladie dite pied de Madura, considéré comme une trophonévrose, par M. Libouroux (17 décembre 1886).
- Contribution à l'étude de la paraplégie précoce, d'origine syphilitique, par M. Proux (10 juin 1887).
- Traitement de l'ongle incarné (nouveau procédé opératoire), par M. Benon (24 juin 1887).
- Contribution à l'étude de l'éléphantiasis du scrotum, notamment chez les indigènes de la Nouvelle-Calédonie et des îles environnantes, par M. de Taroni (29 juin 1887).
- Étude sur une épidémie de dengue observée à Tahiti (janvier à mai 1885). Sa propagation à bord de l'avisole *Volage*, par M. Alliot (6 juillet 1887).
- Étude sur la syphilis du nez et des fosses nasales (accident primitif et secondaire), par M. Dupond (20 juillet 1887).
- Contribution à l'étude des varices nasales et leur traitement, par M. Villedary (27 juillet 1887).
- Recherches anatomiques sur le plancher de la bouche avec étude anatomique et pathogénique sur la grenouillette commune ou sublingale, par M. Suzanne (30 juillet 1887).
-

VARIÉTÉS.

Hôpital Saint-Louis. M. LAILLER. — M. TENNESON. — Hôpital général de Vienne, le professeur Eduard LANG. — Le Dr LUTSGARTEN.

I. — Retraite de M. le Dr LAILLER. — M. le Dr LAILLER, doyen actuel des médecins de l'hôpital Saint-Louis, atteint par la limite d'âge réglementaire, cesse ses fonctions le 31 décembre 1887. Il emporte dans sa retraite les plus vifs regrets et les plus unanimes, des élèves, de ses confrères et de ses collègues; à l'hôpital Saint-Louis il laisse un nom hautement honoré par toute une vie de probité, de travail scientifique élevé, et de dévouement absolu aux malades.

L'enseignement libre de la dermatologie subit, par le départ de M. LAILLER, une lacune qui sera bien difficile à combler, tant était grande la somme de temps et de labeur effectif qu'il consacrait, chaque jour, à l'enseignement pratique et au traitement des affections de la peau.

II. — M. le Dr TENNESON, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, passe à l'hôpital Saint-Louis, et prend service au 1^{er} janvier 1888.

III. — A cette place, nous avons signalé l'incontestable mérite du professeur H. Auspitz et le vide profond occasionné par sa mort prématurée. Inutile de dire que nombreux et méritants étaient ceux qui aspiraient à sa succession. Tous les anciens assistants des cliniques spéciales étaient sur les rangs, et quel que fût le choix du ministre, il ne pouvait tomber que sur un médecin rompu de longue date aux difficultés de la dermatosyphiligraphie, et ayant déjà fait ses preuves dans des leçons antérieures, comme assistant de clinique. Il n'est pas inutile de rappeler ici que les assistants — nos chefs de clinique — restent de 4 à 6 ans, en général, dans le même service spécial; qu'ils se consacrent, dès lors, à l'étude approfondie de la spécialité, et avant de quitter l'hôpital se sont, en général, faits recevoir privat-docent pour la branche de la médecine vers laquelle les portent leurs aptitudes et leurs études particulières. C'est ainsi que se forme un noyau de jeunes spécialistes continuant leurs travaux dans les divers laboratoires, les hôpitaux, s'efforçant, par des recherches originales, à accroître leur bagage scientifique, en attendant

qu'ils obtiennent, soit une place dans l'Université, soit une nomination de médecin en chef (Primarartz) d'une division dans un hôpital.

Dans le cas actuel, le choix du ministre s'est porté sur le Dr Eduard Lang, ancien élève d'Hebra, depuis plusieurs années déjà professeur de syphiligraphie à l'Université d'Innsbruck. Nous saluons en lui un des représentants les plus distingués de la dermato-syphiligraphie autrichienne. Dualiste convaincu, il a publié des leçons très justement appréciées sur les maladies syphilitiques, et qui, entre autres mérites, ont celui de vulgariser les travaux des syphiligraphes de tous les pays sur ces affections. Dans ces derniers temps, il a commencé une deuxième série de leçons par une étude approfondie sur le chancre mou. Lang s'est, en outre, fait connaître par des articles sur les plus importantes questions de syphiligraphie et de dermatologie. C'est lui qui, le premier, a mis en avant la question parasitisme du psoriasis, et décrit le champignon qui le caractériserait.

IV. — Nous empruntons à la *Wiener med. Presse* du 9 octobre 1887 le récit d'un événement qui impressionnera péniblement tous ceux qui connaissent un des plus sympathiques et en même temps des plus méritants dermato-syphiligraphes de l'Ecole de Vienne.

Voici l'article du journal viennois : « Sera-t-il possible au nouveau directeur de remplir les fonctions étendues de la direction de l'hôpital général, et compliquées par suite de l'installation des cliniques, sans offusquer un de ses supérieurs ou de ses inférieurs. »

C'est en ces termes que nous avons accueilli, il y a à peine trois mois, la nouvelle de la prise de possession de la direction de l'hôpital général par « l'énergique » directeur de l'hôpital Rodolphe, le professeur Carl Böhm. La mesure prise contre un assistant de clinique également estimé au point de vue scientifique et social a provoqué une impression générale et pénible, et nous force à reproduire aujourd'hui les paroles ci-dessus. Nous devons avouer que nos craintes n'étaient que partiellement fondées. Dans les sphères élevées le directeur Böhm n'a, jusqu'à présent, froissé personne ; en deçà comme au delà de la Vienne, le nouveau directeur fut un fonctionnaire exemplaire et docile. Les rapports du nouveau directeur avec ses subordonnés, particulièrement avec les médecins subalternes de la maison, ne furent pas aussi favorables dès le début. Nous pouvions lire dans les fragments de notices des feuilles du jour des anecdotes hebdomadaires intéressantes sur les troubles considérables à propos de la rédaction des bulletins de service, des en-têtes de lit, des transferts de malades, etc., et il s'en fallait de peu que le public ne fût mieux initié que maint médecin chef sur le service interne et les écritures de l'hôpital. Il est probable qu'une affaire analogue a occasionné ce dernier et très pénible incident. Le docteur universitaire

(*Universitäts docent*) Dr Lustgarten, assistant et suppléant légal du professeur Kaposi, provoqua le transfert d'un malade de la clinique dermatologique dans une division de chirurgie, et envoya le billet de ce malade par un infirmier, pour recevoir le visa réglementaire, dans le bureau de la direction. Là, le document du malade fut examiné par le directeur lui-même et visé, et, à ce propos, le professeur Böhm a sans doute fait, en présence de l'infirmier, sur le transfert de ce malade, une critique rien moins que bienveillante, qui fut répétée par cet employé au Dr Lustgarten. Cet assistant adressa la-dessus à la direction une réclamation à propos du service dans laquelle, se basant sur la communication de l'infirmier, il faisait remarquer que la façon de procéder du directeur, qui avait la prétention de contrôler une décision médicale vis-à-vis un infirmier, constituait une atteinte blessante au droit des médecins, et, en outre, qu'il appartenait uniquement au titulaire du service ou à son suppléant légal de déterminer si le malade devait rester plus longtemps dans la section de dermatologie, ou si son état nécessitait une intervention chirurgicale. Quatre semaines après l'envoi de cette lettre, sans que dans l'intervalle on ait fourni à l'assistant en question l'occasion de se défendre, sans qu'on ait consulté son chef, on fut surpris d'apprendre la destitution de M. Lustgarten. Voici le fait. Pour aujourd'hui, il nous suffit de le reproduire, quelque regrettable que soit la mesure prise contre un médecin aussi distingué au point de vue scientifique que le Dr Lustgarten, sa destitution ; mais nous devons reconnaître certainement au directeur d'un établissement le droit de demander satisfaction à l'autorité compétente de l'indépendance que s'arrogent ses subordonnés. Le directeur aurait agi plus équitablement et peut-être plus prudemment en demandant une enquête disciplinaire, il aurait, de la sorte, fourni l'occasion à son subalterne de se justifier. On ne déplace pas des assistants de clinique de la même manière que des infirmières qui déplaisent. Le professeur Böhm avait peut-être un motif pour redouter la justification de l'assistant.

Lustgarten fut destitué par décision du ministre de l'instruction publique, dont relèvent les cliniques, sans doute d'accord avec l'autorité supérieure de l'administration de l'hôpital au ministère de l'intérieur, cependant, comme nous pouvons l'affirmer avec certitude, sans enquête officielle du collège des professeurs, dont l'opinion dans cette affaire, il paraît, aurait été tenue pour superflue.

Dans son numéro du 30 octobre 1887, le même journal annonçait que le collège des professeurs de la Faculté de médecine s'est occupé de cette affaire, car, dans sa séance du 22 de ce mois, il a adopté à l'unanimité moins trois voix, un projet de lettre que le professeur Kaposi, chef de la clinique dermatologique, et supérieur immédiat de Lustgarten, a

envoyé au ministre de l'instruction publique, pour demander la réhabilitation de son méritant assistant, qui est depuis longtemps dans son service. Cette démarche du chef de clinique et l'imposante majorité du collège des professeurs en sa faveur démontrent que le procédé attaqué au point de vue hiérarchique de Lustgarten, qui croyait agir dans l'intérêt du service et de l'enseignement, est apprécié moins sévèrement de ce côté. La décision qui est attendue avec quelque impatience dans les cercles médicaux de Vienne se trouve maintenant au ministère de l'instruction publique. Puisse la décision de notre compétent ministre être favorable au jeune et actif savant.

Enfin, dans le numéro suivant (6 novembre 1887), la *W. med. Presse* annonce que maintenant l'affaire Lustgarten est terminée. Le ministre de l'instruction publique n'a donné aucune suite à la lettre du professeur Kaposi, appuyée par le collège des professeurs. Le *docent* condamné et l'*assistant*, depuis de si longues années en exercice, a dû quitter l'hôpital, théâtre de son activité zélée et couronnée de succès. La direction a fait un exemple, et l'hôpital général a perdu un de ses médecins les plus capables et les plus dévoués. »

L'énoncé des faits ci-dessus ne pouvant être mis en doute par nous, il ne nous reste qu'à joindre nos regrets à ceux qu'exprime la Presse médicale de Vienne, et à ajouter que le Dr Lustgarten arrivait à la fin de son exercice, et que sa situation universitaire n'est, en aucune façon, compromise.

ERRATA

- Pages 375. — Dermatoses bulbeuses, lisez bulleuses.
 406. — Gommages du couturier, par Sardon, lisez Sardou.
 273. — Mycosis fongoïde, par Alibert, lisez mycosis fongoïde d'Alibert, par Köbner.
 655. — Ligne 4, dans l'eczéma séborrhéique, lisez séborrhéique.
 — — Ligne 11, solution ichthyologique, lisez ichthyolique.
-

TABLE PAR NOMS DES AUTEURS

Des MÉMOIRES ORIGINAUX, des Travaux publiés sous le titre de : RECUEIL
DE FAITS et de REVUES GÉNÉRALES OU CRITIQUES.

	Pages.
Audry (Ch.). Du gonococcus de Neisser et de ses rapports avec quelques manifestations para-blennorrhagiques.....	450
Brocq (L.). De la destruction des poils par l'électrolyse. (Revue générale.).....	460
Brocq (L.). Analyse d'un mémoire de Crozer Griffith, sur la rubéole..	547
Brocq (L.). Note sur la plaque primitive du pityriasis rosé de Gibert.	615
Budor. Paraplégie syphilitique à forme de tabes dorsal spasmodique.	188
Cayla. Deux observations d'arthrite syphilitique secondaire.....	841
Cheminade. Sur un cas d'arthrite syphilitique secondaire.....	642
Darier. (Voyez Jacquet.)	
De Lavarenne. Cas de syphilis héréditaire tardive.....	543
Désir de Fortunet. Note sur un cas de lichen ruber	15
Diday (C.). Théorie de la syphilis héréditaire.....	303
Doyon. Traitement de la syphilis. (Revue générale).....	93 et 190
Dubreuilh (W.). Un cas de dermatolysis généralisé.....	529
Duhring. Deux observations de dermatite herpétiforme type. (Traduction par Portaliez.).....	532
Ferreire. De l'emploi de la traumaticine résorcinée dans un cas de lymphangite érysipélateuse.....	403
Fournier (A.). Documents statistiques sur les sources de la syphilis chez la femme.....	757
Giovannini (S.). Recherches sur quelques lésions inflammatoires et néoplasiques de la peau.....	20
Gougelet et Rotillon. Erythème scarlatiniforme desquamatif récidivant généralisé.....	89
Hallopeau. Note sur un tait de syphilis à évolution anormale.....	697
Hallopeau. Sur l'angine de poitrine d'origine syphilitique	757
Hamonic. Des maladies vénériennes chez les Hébreux à l'époque biblique.	386
Haslund. Chancres indurés multiples. Quand la syphilis devient-elle constitutionnelle?.....	380
Haushalter. Contribution à l'étude de l'érythème polymorphe.....	686
Hérard. Infection syphilitique par le mamelon observée chez un homme.	36

	Pages.
Jacquet et Darier. Hydradénomes éruptifs. Epithéliomes adénoïdes des glandes sudoripares ou adénomes sudoripares....	731
Kaurin. Un cas de lèpre. Contagion probable.....	91
Leloir (H.). Des dermatoses par choc moral.....	367
Leloir (H.). Essais d'inoculation de la lèpre aux animaux.	625
Leroy. Action de l'aconitine dans le traitement de la céphalée d'origine syphilitique.....	79
Lewin. De l'argyrie locale des ouvriers en argenterie.....	520
Marfan. Hémiplegie chez une enfant hérédosyphilitique, âgée de cinq mois. Guérison.....	540
Mauriac (Ch.). Syphilis tertiaire dermo-hypodermique des organes génito-urinaires.....	1 et 69
Menecault. Hérédosyphilis tardive.....	269
Merklen (P.). Notice nécrologique sur Bassereau.....	683
Mollière (Humbert). Etude clinique sur le purpura.....	231 et 324
Morel-Lavallée. Sur une fausse dent d'Hutchinson. Déformation professionnelle chez un cordonnier.....	339
Morel-Lavallée. Deux observations de chancres extra-génitaux.....	701
Nivet. Macules atrophiques ayant succédé à la résorption interstitielle d'une syphilide secondaire généralisée.....	641
Nivet. Conjonctivité blennorrhagique sans inoculation directe. Périostite et arthrite blennorrhagiques.....	766
Poncet (A.). Impetigo sycosiforme du pouce et de la face dorsale de la main droite.....	435
Raymond (Paul). Herpétide exfoliatrice maligne consécutive à un psoriasis.....	31
Raymond (Paul). De l'épithélioma développé sur le lupus vulgaire en évolution.....	157 et 254
Rotillon. (Voyez Gougelet.)	
Riocreux. Syphilis héréditaire tardive. Hérité paternelle.....	266
Sardou. Gommages du couturier.....	406
Schachmann. Contribution au traitement de la pelade.....	178
Tavernier. Contribution à l'étude des « fractures dites spontanées » survenant chez les sujets syphilitiques.....	172
Tavernier. Considérations à propos de trois cas de syphilis acquise observés chez des sujets porteurs de stigmates de la syphilis héréditaire tardive.....	513
Thibierge (G.). Sur la question de la contagion de la pelade....	503 et 630
Trousseau (H.). Sur l'origine hérédosyphilitique de la kératite interstitielle.....	451
Vaquez. Un nouveau cas de gangrène spontanée de la verge chez un diabétique.....	457
Vaquez. Altérations dentaires dues à la scrofulo-tuberculose et reproduisant le type des dents réputées syphilitiques.....	536

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME.

A	C
Alexander, 707.	Campana, 569.
Allen, 408, 707.	Carmelo-Andronico, 345, 346.
Amiel, 813.	Cartaz, 784.
Arcani (Angelo), 345.	Caspary, 95, 408.
Arloing, 433.	Cattani, 273.
Audry, 450.	Cayla, 341.
Augagneur, 705.	Cenas, 409.
Auspitz, 227.	Cheminade, 642.
	Chiari, 706.
	Chotzen, 51.
	Christescu, 671.
	Cisterne, 671.
	Clark Mc Guire, 569.
	Cœur, 671.
	Colcott-Fox, 784.
	Colleville, 706.
	Colrat, 37.
	Cornil, 51.
	Cortella, 345.
	Crozer-Griffith, 547.
	D
	Darier, 317.
	Debeck, 204.
	Decoster, 671.
	Dehenne, 469.
	De Lavarenne, 543.
	Désir de Fortunet, 45.
	Dilay, 303, 658.
	Doutrelepon, 94.
	Doyon, 93, 190, 227.
	Drury, 705.
	Dubreuilh, 529.
B	
Balzer, 51, 204.	
Barbillon, 273.	
Baumler, 94.	
Bénard (Paul), 569.	
Bender, 37.	
Benham, 705.	
Bennet-Bronson, 345.	
Besnier (Ernest), 658, 803.	
Bidault, 37.	
Binet, 37.	
Bonnet, 813.	
Bonnière (de) de la Luzellerie, 803.	
Bouchard, 298.	
Bouquet, 671.	
Bouttier, 605.	
Bradley, 671.	
Brissaud, 784.	
Broca, 569.	
Brocq, 460, 547, 615.	
Brooke, 705.	
Buchin, 671.	
Budor, 488.	
Butruille, 706.	

Duclaux, 569.
 Duhring, 532.
 Duncan-Bulkley, 137.
 Durruty, 671.

E

Edlessen, 94.
 Emerson, 345.

F

Faithfull,
 Farnham, 707.
 Ferraro (Pasquale), 705.
 Ferreire, 403.
 Feulard, 658.
 Finger, 153.
 Fisson (de), 658.
 Fortescue-Fox, 705.
 Fournier (A.), 204, 469, 737.
 Frissard, 671.

G

Galliard, 315.
 Gamberini, 273, 345.
 Giovannini, 20.
 Giraudeau, 345.
 Girode, 706.
 Gley, 705.
 Goodwillie, 51.
 Gougelet, 59.
 Graham, 273.
 Grandhomme, 204.
 Guinon, 569.

H

Hallopeau, 230, 697, 747.
 Hamonic, 386.
 Hanot, 706.
 Hardaway, 137, 469.
 Haslund, 380.
 Haushalter, 686.
 Havenith, 408.
 Hebra (H.-V.), 569.
 Hérard, 36.

Hérodinoff (de), 813.
 Howe (J.-S.), 569.
 Hublé, 408.
 Hutchinson (J.), 469.
 Hyvernaud, 672.

J

Jacquet, 273, 317.
 Jaza, 784.
 Jordan-Lloyd, 493.
 Joseph (M.), 37.

K

Kaposi, 94.
 Kaurin, 91.
 Keyes, 707.
 Klotz, 770.
 Knaggs, 773.
 Köbner, 273, 784.
 Kopp, 51, 95.

L

Lannelongue, 469.
 Laudouar, 671.
 Laumet, 671.
 Laurence, 705.
 Lebrun, 37.
 Leloir, 156, 367, 569, 625.
 Lemaistre, 784.
 Leroy, 79.
 Leube, 94.
 Leudet, 37.
 Levêque, 706.
 Lewentaner, 95.
 Lewin, 520.
 Lewis, 707.
 Lœwenberg, 771.
 Lorient, 671.
 Lussano, 273.
 Lutz, 569, 784.

M

Mahlon-Hutchinson, 469.

Mandelbaum, 345.
 Mannino, 408.
 Marfan, 540.
 Martel, 813.
 Martin (Armand), 813.
 Mathieu, 705.
 Mauriac, 1, 69, 51, 204, 469, 658.
 Mauricet, 408.
 Maynard, 707.
 Mazurel, 706.
 Menecault, 269.
 Merklen, 683.
 Mollière (Humbert), 231, 324.
 Morel-Lavallée, 339, 701.
 Moretti, 784.
 Morrow (Prince A.), 137, 273, 408, 707.
 Morvan (de Lannilis), 706.
 Munnich, 408.

N

Nega, 51.
 Neisser, 94.
 Neumann, J., 95.
 Nevins Hyde, 705.
 Nimier, 409.
 Nivet, 644, 766, 813.

O

OElsnitz, 813.
 Ohmann-Dumesnil, 776, 780.
 Olivier Moore, 345.
 Onodi, 493.
 Orléanu, 671.
 Orthmann, 493.

P

Palasne de Champeaux, 37.
 Persy, 671.
 Phélisse, 672.
 Phillips, J., 706.
 Piffard, 707.
 Pitoy, 37.
 Planchon, 569.
 Poncet, 435.

Porter, W.-H., 345, 469.
 Potain, 469.
 Prochownik, 409.
 Prouff, 706.

Q

Queyrat, 569.
 Quincke, 408.

R

Rabitsch, 469.
 Radcliffe Crocker, 137, 273, 705.
 Rapin, 37.
 Raymond (Paul), 31, 157, 254.
 Ravogli, 774.
 Reclus, 569.
 Regoby, 813.
 Renault (Alex.), 706.
 Reynolds, 774.
 Riehl, 706.
 Riocreux, 266.
 Ritzo, 671.
 Robinson, 780, 781.
 Rohé, 772.
 Rotillon, 89.

S

Sabin, 137.
 Sanquirico, 705.
 Sardou, 406.
 Savage, 776, 778.
 Scarenzio, 346.
 Schachmann, 178.
 Schader, 95.
 Schroeder, 813.
 Schumacher, 94.
 Schuster, 94.
 Schwartz, 706.
 Sherwell,
 Shømaker, 770.
 Spillmann, 37.
 Steinschneider, 493.
 Stocquart, 409.
 Sturgis, 493, 707.

T

Tavernier, 172, 513.
 Taylor, 137, 408, 345, 707.
 Thibierge, 503, 630.
 Tilden, 273.
 Tommasoli, 273, 569, 705, 493.
 Toutut, 813.
 Trousseau, 441.
 Tuffier, 204.

U

Unna, 408, 643, 705, 778.

V

Vallas, 803.
 Vaquez, 457, 536, 705.
 Varigny (de), 569.

Verujski, 569.
 Viard, 813.
 Voituriez, 409.

W

Wallich, 706.
 Watraszewski, 95, 780.
 Weber, 94.
 Welsch, 769.
 White J.-C., 569.
 Wollf, 51.

Z

Zambaco, 569.
 Zang, 95.
 Zeisler, 776.
 Zeissl, V., 345.
 Ziemssen, 94.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES DU TOME HUITIÈME

1887

A

	Pages.
Acné varioliforme (Voyez Molluscum contagiosum).	
Adénomes sudoripares (Voyez Hydradénomes).	
Alimentation par le rectum dans les maladies cutanées, par Shoemaker	770
Alopécie en aires (Voyez Pelade).	
Antipyrine (Exanthème de l'), par Cattani.....	273
Argyrie locale (De l') des ouvriers en argenterie, par Lewin.....	520
Arsenic (Éruptions causées par l'), par Prince A. Morrow.....	273
Arsenic (Valeur de l') dans le traitement des maladies de la peau, par Taylor.....	707
Arsenic (Discussion sur la valeur de l') dans le traitement des maladies de la peau, à la Société dermatologique de New-York.....	707
Arsenic (De l') dans les maladies de la peau, par Farnham.....	707
Arsenic (De l') dans les maladies de la peau, par Faithfull.....	707
Arsenic (Résultats de l'enquête faite par Prince A. Morrow sur la valeur de l').....	707
Auto-intoxication dans les maladies, par Bouchard.....	298

B

Bassereau (Notice nécrologique sur), par P. Merklen.....	683
Biskra (Clou de), par Bouquet.....	671
Blennorrhagie. Du gonococcus de Neisser et de ses rapports avec quelques manifestations parablennorrhagiques, par Audry.....	450
Blennorrhagie (Le traitement abortif de la) n'est pas rationnel, par O. Tommasoli.....	493
Blennorrhagie (Conjonctivite), par Onodi.....	493
Blennorrhagie (Conjonctivite) sans inoculation directe. Périostite et arthropathies, par Nivet.....	766
Blennorrhagie (Siège de l'infection) chez la femme, par Neisser...	493

	Pages.
Blennorrhagique (Salpingite) avec pus contenant des gonococci. Extirpation. Guérison, par Orthmann.....	493
Blennorrhagique (Purpura), par Schwartz.....	706
Blennorrhagique (Phlébite dans le rhumatisme), par Martel.....	813

C

Canéroïdes (Du traitement des) par le chlorate de potasse, par Hyvernaud.....	671
Canéroïde (Voyez Épithélioma).	
Chancre simple (Existe-il un virus du)? par Sturgis.....	493
Chancre syphilitique (Voyez syphilis).	
Chrysophanique (Conjonctivite), par Stocquart.....	409
Clou de Biskra, par Bouquet.....	671
Comédon (Double), par Ohmann-Dumesnil.....	780
Congrès de Washington (Compte rendu du).....	768
Conjonctivite blennorrhagique (Voyez ce mot).	
Conjonctivite chrysophanique (Voyez ce mot).	

D

Dermatite exfoliatrice (pityriasis rubra? avec lésions bulleuses, par Hardaway.....	137
Dermatite herpétiforme de Duhring (Hydroa bulleux de Bazin et), par R.-W. Taylor.....	137
Dermatite herpétiforme de Duhring (De l'existence de) la comme maladie distincte, par Duncan Bulkley.....	137
Dermatite herpétiforme type (Deux observations de), par Duhring....	532
Dermatites vénéneuses, par J.-C. White.....	570
Dermatite et accidents causés par le contact du Rhus toxicodendron, par L. Planchon.....	570
Dermatite vénéneuse causée par le leucanthemum vulgare, par J.-S. Howe.....	570
Dermatologie (Relations de la) avec la médecine générale, par Unna.....	778
Dermatolysis généralisée (Un cas de), par W. Dubreuilh.....	539
Dermatoses par choc moral, par H. Leloir.....	367
Dermatoses consécutives à un choc moral, par J. Lévêque.....	706
Dermatoses d'origine spinale produites par des lésions nerveuses périphériques, par Mazurel.....	706
Dermatoses simulées, par Cisterne.....	671
Dermatoses urémiques, par Persy.....	671
Dermatoses produites par les substances tinctoriales, par J. Clark. M'Guire.....	570

	Pages.
Desquamation épithéliale de la langue chez les enfants, par L. Guinon.....	567
Diabétides (Voyez Gangrène. Eczéma vulvaire).....	705

E

Eczéma) (Remarques sur l'étiologie de l'), par Fortescue Fox.....	705
Eczéma (De l') des enfants, par Drury.....	705
Eczéma (Traitement de l') par le permanganate de potasse, par Laurence.....	705
Eczéma vulvaire chez les diabétiques, par Vaquez.....	705
Eczémas qui récidivent constamment (Nouveau traitement pour les), par Radcliffe Crocker.....	705
Eczémas qui récidivent constamment (Traitement des), par Brooke...	705
Eczéma séborrhéique. Discussion au Congrès de Washington.....	779
Épithélioma et lupus, par Bidault.....	37
Épithélioma développé sur le lupus vulgaire en évolution, par P. Raymond.....	157 et 254
Épithéliome (Développement de l') sur une base psoriasique, par W. von Hebra.....	569
Épithéliomes adénoides (Voyez Hydradénomes).	
Épithéliome et leucoplasie (Voyez Leucoplasie).	
Érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant généralisé, par Rottillon et Gougelet.....	89
Érythème passager survenant chez les individus soumis à la médication chloralique et alcoolique, par Barbillon.....	273
Érythème polymorphe et œdèmes infectieux, par Cénas.....	409
Érythème polymorphe (Contribution à l'étude de l'), par Haushalter..	686
Érythème du choléra, par Broca et Queyrat.....	570
Érythème mercuriel scarlatiniforme, par Blanc.....	570
Éruptions iodiques bulleuses, par Prince A. Morrow.....	273
Éruptions iodiques (Voyez iodisme).	
Éruptions causées par l'arsenic, par Prince A. Morrow.....	273
Éruptions médicamenteuses (Voyez Dermatites, Dermatoses et Érythèmes).	
Éruptions cutanées (Rapport des) avec les suppurations, par Laumet.	671
Éruption bulleuse compliquant un rhumatisme articulaire aigu, par Benham.....	705

F

Favus (Des champignons du), par Quincke.....	408
Favus (Voyez Teignes).	
Furonculose (Traitement de la), par Palasne de Champeaux..	37

	Pages.
Furonculose et ostéomyélite, par Voiturier.....	409
Furonculose de l'oreille (Bactériologie et traitement de la), par Loewenberg.....	771

G

Gale (Exposé historique et statistique de la) et de la teigne dans le Morbihan, par Mauricet.....	408
Gangrène de la verge chez un diabétique, par Vaquez.....	457
Gangrènes dites foudroyantes spontanées des organes génitaux externes de l'homme, par de Bonnière de la Luzellerie.....	803
Glossite desquamative maginée (Voyez Desquamation linguale).	
Glossostomatite épithéliale superficielle (Voyez Leucoplasie).	
Gonococcus de Nesser (Voyez Blennorrhagie.)	
Gonorrhée (Voyez Blennorrhagie.)	
Granulome fongolde (Voyez Mycosis.)	

H

Herpès fébrile (Valeur diagnostique de l'), par Spillmann.....	37
Herpès oculaire (L'), par Durruty.....	671
Herpès zoster (Voyez Zona.)	
Herpétide exfoliatrice maligne consécutive à un psoriasis, par P. Raymond.....	31
Herpétiforme (Dermatite) (Voyez Dermatite).	
Herpétiforme (Impétigo), par Zeisler.....	776
Hirsutie (Voyez Hypertrichose).	
Histologie cutanée normale appliquée à l'étude des lésions élémentaires de la peau, par H. Leloir.....	156
Hôpital Saint-Louis (Bibliothèque de l').....	302 et 614
Hydradénomes éruptifs, par Jacquet et Darier.....	317
Hydroa bulleux et dermatite herpétiforme, par Taylor.....	137
Hydroa, par Radcliffe Crocker.....	137
Hypertrichose, par Rohé.....	772

I

Ichthyol et résorcine comme représentants du groupe des médicaments de réduction, par Unna.....	643
Ichthyose fœtale, par Caspary.....	408
Ichthyose fœtale (Deux cas d'), par Munnich.....	408
Ichthyose hystrix nigricans suivant le trajet des nerfs profonds des membres inférieurs, par Butruille.....	706
Impétigo herpétiforme, par Zeisler.....	776
Impétigo sycosiforme du pouce et de la face dorsale de la main, par Poncet.....	435

	Pages.
Iodiques (Éruptions) bulleuses, par Prince A. Morrow.....	273
Iodiques (Éruptions) bulleuses, par James Nevins Hyde.....	705
Iodisme (L'), par Bradley.....	671

K

Kéloïde (Histologie de la) à son début, par Radcliffe-Crocker.....	273
Kéloïde (Traitement de la) par l'électrolyse, par Hardaway.....	273
Kératose folliculaire avec leucoplasie buccale, par Prince A. Morrow.	273

L

Lèpre (Un cas de). Contagion probable, par Kaurin.....	91
Lèpre (Transmissibilité de la) aux animaux, par Campana.....	569
Lèpre (La) aux îles Havai, par de Varigny..	569
Lèpre (La) observée à Constantinople, par Zambaco.....	569
Lèpre (La) au Brésil, par Lutz.....	569 et 784
Lèpre (Essais d'inoculation de la) aux animaux, par Leloir.....	625
Lèpre (Sur la). Nature, origines, transmissibilité, modes de propagation et transmission, par Ernest Besnier.....	803
Lépreux (Les) à Hanoi, par Nimier.....	409
Leucoplasie buccale et Kératose folliculaire, par Prince A. Morrow..	273
Leucoplasie buccale (Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la), par H. Leloir.....	569
Leucoplasie buccale et son traitement hydro-minéral, par P. Bénard.	369
Leucoplasie des muqueuses buccale et vaginale, et cancéroïdes, par P. Reclus.....	569
Lèvre inférieure (Affection spéciale de la) observée l'été à Recanati et dans les environs, par Moretti.....	784
Lèvre inférieure (Contribution à l'affection spéciale de la) décrite par Moretti, par Jaza.....	784
Lichen ruber (Note sur un cas de), par Désir de Fortunet.....	15
Lichen plan (Du) et particulièrement de sa forme atrophique, par Hallopeau.....	784
Lichen ruber (Contribution à la pathologie du), par Köbner.....	784
Lichen annulaire serpiginéux, par Colcott Fox.....	784
Lupus compliqué d'épithélioma, par Bidault.....	37
Lupus vulgaire en évolution (Epithélioma développé sur le), par P. Raymond.....	157 et 254
Lupus vulgaire de la face (Contribution à l'étude thérapeutique du), par Christesen.....	671
Lupus érythémateux, par Ravogli.....	794
Lupus érythémateux des mains, par Ohmann-Dumesnil.....	776
Lymphangite érysipélateuse (Emploi de la traumatocine résorcinée dans le traitement de la), par Perreire.....	403

M

	Pages.
Maladies de la peau (Alimentation par le rectum dans les). (Voyez Alimentation.)	
Maladies de la peau (Nouvelle méthode du traitement local des), par Valentine Knaggs.....	775
Médicaments de réduction. (Voyez Ichthyol et Résorcine.)	
Mélanose progressive de la peau, par Robinson.....	780
Microspororon dispar de Vidal. (Le) dans la séborrhée, par Lorenzo Mannino.....	308
Molluscum contagiosum, par Allen.....	408
Molluscum contagiosum communiqué par un nourrisson à sa mère, par Dubois Havenith.....	408
Molluscum fibrosum (Evolution du). Ses rapports avec l'acrochordon et les autres excroissances des téguments, par Taylor.....	408
Morphée. (Voyez Sclérodermie.)	
Mycosis fongoïde d'Alibert, par Köbner.....	273
Mycosis fongoïde. Discussion, par Meisser, Schiff, Lewen, Geber et Köbner.....	297
Myomes (Contribution à l'étude des) de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, par Phéliste.....	672
Myxœdème ou sclérodermie, par Lussano.....	273
Myxœdème (Une observation de), par Landouar.....	671

N

Nævi vasculaire (Traitement des) par l'électrolyse, par Pitoy.....	37
Néoplasiques (Recherches sur quelques lésions inflammatoires et) de la peau, par S. Giovannini.....	20

O

Œdèmes infectieux accompagnés ou non d'érythèmes polymorphes, par Cénas.....	409
Œdèmes mobiles et purpura hemorrhagica, par P. Binet.....	37
Œdème rhumatismal aigu isolé des manifestations articulaires (Contribution à l'étude de l'), par H. Cœur.....	671

P

Parasitaires (Nouvelle méthode de traitement des maladies) de la peau, à parasites végétaux, par Reynolds.....	774
Paréso-analgésie des extrémités supérieures. (Nouveaux cas de), par Morvan.....	706
Paréso-analgésie à panaris consécutive à la fièvre typhoïde, par Hanot.....	706

	Pages.
Paréso-analgésie (Nouveau cas de), par Colleville.....	706
Paréso-analgésie (Nouveau cas de), par Prouff.....	706
Pathologie générale (Traité de), par Hallopeau.....	230
Peau (Terminaison des nerfs dans la), par Unna.....	108
Peau (Pathologie et thérapeutique générales des maladies de la), par Auspitz. (Traduction par Doyon.).....	227
Pelade (Recherches expérimentales sur l'étiologie de la), par M. Joseph..	37
Pelade (De l'étiologie de la), par Bender.....	37
Pelade (Contribution au traitement de la), par Schachmann.....	178
Pelade (Sur la question de la contagion de la), par G. Thibierge 503 et 630	671
Pelade Nature, traitement, prophylaxie, par Buchin.....	671
Pelade. (Contribution à l'étude de la), par G. Lorient.....	671
Pelade (Démonstration de micro-organismes profondément situés dans la), par Robinson.....	781
Pellagre (Contribution à l'étude de la) considérée particulièrement en Roumanie, par C. Orléanu.....	671
Pemphigus suivi d'albuminurie, par Sabin.....	137
Pemphigus foliacé (Altérations histologiques du système nerveux dans le), par Pasquale Ferraro.....	705
Pemphigus hystérique (Un cas de), par Augagneur.....	705
Pemphigus (Sur un cas de), par Tommasoli et Sanquirico.....	705
Perleche (De la) du streptococcus plicatilis, par Lemaistre.....	704
Pityriasis rosé de Gibert (Note sur la plaque primitive du), par Brocq.....	615
Pityriasis rubra avec lésions vésiculeuses, par Morrow.....	137
Pityriasis rubra ? avec lésions bulleuses, par W.-A. Hardaway.....	137
Pityriasis versicolor, sa transmissibilité et ses conséquences en méde- cine judiciaire, par Roublé.....	408
Poils (De la destruction des) par l'électrolyse, par L. Brocq.....	460
Prurit spécial des parties génitales (Quelques cas de), par Pro- chownik.....	409
Psoriasis (Transmissibilité du) au lapin, par Tommasoli.....	569
Psoriasis (Développement de l'épithélioma sur une base de), par H. von Hebra.....	569
Psoriasis buccal. (Voyez Leucoplasie.)	
Purpura hémorrhagique avec œdèmes et crises gastro-intestinales, par P. Binet.....	37
Purpura (Étude clinique sur le), par H. Mollière..... 231 et 324	705
Purpura par irritation du sciatique, par Mathieu et Gley.....	706
Purpura blennorrhagique, par Schwartz.....	706
Purpura hémorrhagique pendant la grossesse, par John Phillips.....	706
Purpura hémorrhagique dans un cas de néphrite chronique, par Girode.....	706

R

	Pages
Résorcine et ichthyol, par Unna.....	643
Rhinosclérome des muqueuses (Le), par Chiari et Riehl.....	706
Rubéole (De la), par Crozer Griffith.....	547

S

Salpingite blennorrhagique. (Voyez Blennorrhagique.)	
Sarcome multiple de la peau, par Rohé.....	772
Sclérodémie ou Myxœdème, par Félice Lussano.....	273
Sclérodémie (Contribution à l'étude de la), par Graham.....	273
Sclérodémie (Morphée) affectant la distribution d'un zona sur la poitrine et le bras, par J. Hutchinson.....	273
Sclérodémie (De la), par Eug. Bouttier.....	605
Scrofule. (Voyez Tuberculose.)	
Séborrhée (Le microsporon dispar de Vidal dans la), par Lorenzo Man- nino.....	408
Séborrhée? (Que savons-nous relativement à la), par Unna.....	705
Stomatite épithéliale. (Voyez Leucoplasie.)	
Streptococcus plicatilis. (Voyez Perlèche.)	
Sycosiforme (Impetigo). (Voy. Impetigo.)	

SYPHILIS.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE.

Infection syphilitique par le mamelon observée chez un homme, par Hérard.....	36
Sur la genèse parasitaire de la syphilis, par Carmelo Andronico.....	345
Chancres indurés multiples. Quand la syphilis devient-elle constitu- tionnelle? par Haslund.....	380
Syphilis acquise chez des sujets porteurs de stigmates de la syphilis héréditaire tardive, par Tavernier.....	513
La syphilis tertiaire dermo-hypodermique des organes génito-uri- naires est-elle contagieuse? par Ch. Mauriac.....	658
Documents statistiques sur les sources de la syphilis chez la femme, par A. Fournier.....	757

CHANCRE.

Chancre syphilitique des paupières et de la conjonctive, par David Debeck.....	204
Chancres extra-génitaux (Deux observations de), par Morel-Lavallée.....	701
Chancres extra-génitaux (Fréquence relative des différentes variétés de), par Nivet.....	813
Chancre diphthéroïde, par Mahlon Hutchinson.....	469
Chancre infectant de l'amygdale, par Rabitsch.....	466

GÉNÉRALITÉS. — MARCHÉ. — PRONOSTIC.

	Pages.
La syphilis et les maladies vénériennes, par Finger.....	153
Des facteurs de gravité de la syphilis, par A. Fournier.....	204
Des maladies vénériennes chez les Hébreux à l'époque biblique, par Hamonic.....	386
Sémiologie générale de la syphilis tertiaire, par Ch. Mauriac.....	469
Coexistences pathologiques de la syphilis tertiaire, par Ch. Mauriac..	469
Des fausses maladies vénériennes, par Jordan Lloyd.....	493
Sur un fait de syphilis à évolution anormale, par Hallopeau.....	697
Mérite des syphilitiques, par Bonnet.....	813
Rapports de la syphilis avec les fièvres éruptives, par Amiel.....	813
Syphilis chez les personnes âgées, par Regoby.....	813
Erythanthème syphilitique, par Bennett Bronson.....	345
Macules atrophiques consécutives à une syphilide secondaire, par Nivet.....	641
Syphilis infantile, syphilides et syphiloïdes, par E. Besnier.....	658
Éruption papuleuse d'aspect syphiloïde, par Feulard.....	658

GOMMES. — SYPHILIS VISCÉRALE, OSSEUSE, ARTICULAIRE.

Syphilis tertiaire dermo-hypodermique des organes génito-urinaires, par Ch. Mauriac.....	1 et 69
Fractures spontanées chez les syphilitiques, par Tavernier.....	172
Syphilose des reins, par A. Mauriac.....	204
Gommes et scléroses syphilitiques des lèvres (Labialites tertiaires), par Tuffier.....	204
Arthrite syphilitique secondaire (Deux observations d'), par Cayla...	341
Quatre cas de lésions syphilitiques tardives du rectum, par Taylor...	345
Gommes du couturier, par Sardou.....	406
Pseudo-rumatisme syphilitique de la période secondaire, par A. Fournier.....	469
De la phthisie syphilitique, par Porter.....	469
Rétrécissement œsophagien d'origine syphilitique, par Potain.....	469
Sclérose des corps caverneux, par Mauriac.....	469
Fongus syphilitique du testicule, par Mauriac.....	469
Diagnostic des arthrites syphilitiques, par Lannelongue.....	469
Arthrite syphilitique secondaire, par Cheminade.....	642
Ulcères résultant d'une gangrène spontanée de la peau dans les dernières périodes de la syphilis, par Klotz.....	770
Ictère syphilitique secondaire, par Schröder.....	813
Pachyvaginite syphilitique, par Oelnitz.....	813
Syphilis tertiaire de l'arrière-gorge, par Viard.....	813
Angine de poitrine d'origine syphilitique, par Hallopeau.....	747

SYPHILIS DU SYSTÈME NERVEUX ET SYPHILIS OCULAIRE.

Paraplégie syphilitique à forme de tabes dorsal spasmodique, par Budor	188
--	-----

	Pages.
Quatre cas de lésions syphilitiques des centres nerveux, par Porter..	345
Gomme du corps strié droit avec névrite optique double, par Oliver Moore.....	345
Rapports de la syphilis et de la folie, par Savage. Discussion au congrès de Washington.....	776
Syphilis cause d'épilepsie, par Savage.....	778
Myélo-encéphalopathies syphilitiques tertiaires diffuses ou disséminées, par De Hérodinoff.....	843
Statistiques pour servir à l'étude de l'étiologie des paralysies des muscles de l'œil, par Emerson.....	345
Diagnostic des paralysies syphilitiques et des paralysies tabétiques de la 3 ^e paire, par A. Fournier.....	469
Gomme de l'iris, par Dehenne.....	469
Choroidite disséminée, par J. Hutchinson.....	469

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

Broncho-pneumonie syphilitique du fœtus et du nouveau-né, par Balzer et Grandhomme.....	204
Syphilis héréditaire tardive. Hérité paternelle, par Riocreux.....	266
Hérédo-syphilis tardive, par Menecault.....	269
Théorie de la syphilis héréditaire, par P. Diday.....	303
Sur une fausse dent d'Hutchinson, par Morel-Lavallée.....	339
De la syphilis héréditaire tardive, par V. Zeissl.....	345
Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire tardive, par Luigi Cortella.....	345
Origine hérédo-syphilitique de la kératite interstitielle, par Trousseau	481
Altérations dentaires dues à la scrofulo-tuberculose et reproduisant le type des dents réputées syphilitiques, par Vaquez.....	536
Hémiplégie chez une enfant hérédo-syphilitique âgée de cinq mois, par Marfan.....	540
Cas de syphilis héréditaire tardive, par de Lavarenne.....	543
Rachitisme et syphilis, par Galliard et Girardeau.....	345
Sur la nouvelle théorie de la syphilis héréditaire, par Diday.....	658
Gomme de la peau dans la syphilis héréditaire, par Toutut.....	813

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

Traitement abortif de la syphilis confirmée, par Cornil.....	51
Absorption du mercure à la suite de l'administration du calomel à doses laxatives, par Wolff et Nèga.....	51
Méthode pour reconnaître les faibles quantités de mercure dans l'urine, par Wolff et Nèga.....	51
Emploi sous-cutané du calomel dans le traitement de la syphilis, par Kopp et Chotzen.....	51 et 95
Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel, par Balzer.....	51

	Pages.
Traitement de la syphilis tertiaire, par Mauriac.....	51
Traitement des syphilides tertiaires du nez, de la bouche et de la gorge, par Goodwillis.....	31
Action de l'aconitine dans le traitement de la céphalée d'origine syphilitique, par Leroy.....	79
Traitement de la syphilis. Revue générale, par Doyon.....	93 et 190
Traitement de la syphilis, par Kaposi, Neisser, Schuster, Weber, V. Ziemssen, Leube, Edlessen, Baumler, Doutrelepont, Schumacher.....	94
Des différentes méthodes de traitement de la syphilis, par J. Neumann.....	95
Traitement de la syphilis, par Zang.....	95
Traitement de la syphilis par les injections profondes dans le muscle fessier d'oxyde jaune de mercure, par Schadek.....	95
Traitement de la syphilis par les injections de calomel et d'oxyde de mercure, par Watrasjewski.....	95
Traitement de la syphilis par les injections de formiamide de mercure, par Kopp.....	95
Sur une méthode intermittente mitigée de traitement de la syphilis d'après Fournier, par Lewentaner.....	95
Traitement mercuriel chronique de la syphilis, par J. Caspary.....	95
Le procédé antirabique de Pasteur appliqué d'une manière inductive et relative au traitement de la syphilis, par P. Gamberini.....	345
La modification de Smirnoff dans le traitement de la syphilis, par Arcani Angelo.....	345
De la cocaïne pour atténuer la douleur dans le traitement hypodermique de la syphilis, par Mandelbaum.....	345
De l'action topique de mercure appliqué sous la peau dans le traitement de quelques manifestations syphilitiques, par Carmelo Andronico.....	345
Le cathétérisme des canaux de Sténon dans le traitement de l'hydrargyrisme, par Scarenzio.....	345
Traitement de la syphilis par les injections de sels de mercure insolubles, par Watrasjewski.....	780
Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique, par Armand Martin.....	813

T

Teigne (Remarques sur le traitement des teignes) à propos d'un cas de favus, par Prince A. Morrow.....	408
Teigne (Gale et) dans le Morbihan, par Mauricet.....	408
Teigne tondante. (Voyez Trichophyton.).....	
Thèses de dermatologie. Paris, 1886-1887. (Analyse.).....	671
Thèses de syphiligraphie. Paris, 1886-1887. (Analyse.).....	813
Thèses de dermatologie et de syphiligraphie. Bordeaux, 1886-1887. Indication bibliographique.....	820

	Pages.
Trichophyton tonsurans (Sur le), par E. Duclaux	569
Trichophyton tonsurans (Morphologie et biologie du) et de l'achorion Schoenleinii, par Verujski	569
Trophiques (Ulcérations) réflexes, par Jacquet	273
Trophiques (Troubles) de la peau consécutifs à la paralysie infantile, par O. Frissard	671
Trophiques (Troubles) dans les membres inférieurs consécutifs à un traumatisme médullaire, par Wallich	706
Trophiques (Troubles) exceptionnels d'origine rhumatismale, par Alex. Renault	706
Trophonévrose de la peau consécutive à une blessure du nerf médian, par Tilden	273
Tuberculeuses (Ulcérations) de la peau, par Vallas	803
Tuberculose (Rapports de la scrofule et de la), par Arloing	433
Tuberculose cutanée, par Ritzo	671
Tuberculose cutanée, par Brissaud	784
Tuberculose nasale, par Cartaz	784

U

Urémie (Manifestations cutanées de l'), par Persy	671
Urticaire (Formes rares d'), par Rapin	37

V

Vaccination pendant la période d'incubation de la variole, par Welsch	769
Végétations (Traitement des) chez les femmes enceintes, par De- coster	671
Vénériennes (Maladies). (Voyez Syphilis.)	
Verrues (Traitement des) par la magnésie, par Colrat	37
Vitiligo d'origine nerveuse, par Lebrun	37

Z

Zona chronique (Le), par Leudet	37
Zona (Etude théorico-clinique du), par Pietro Gamberini	273
Zona (Nature du), par Pierleone Tommasoli	373

Le Gérant : MASSON.

Fig 4

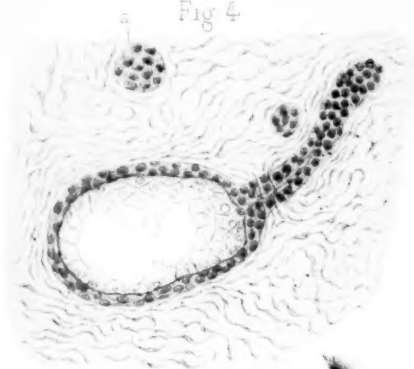


Fig 2



Fig 1

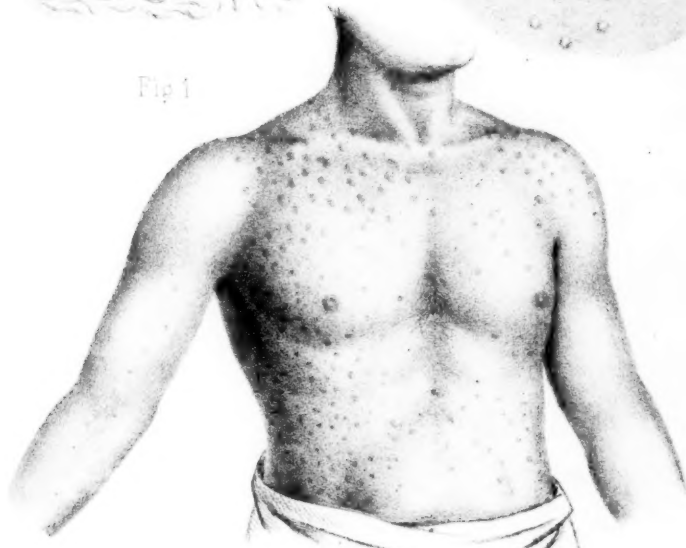
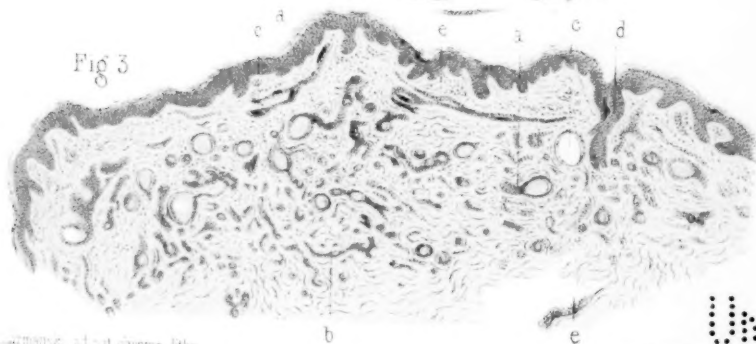


Fig 3

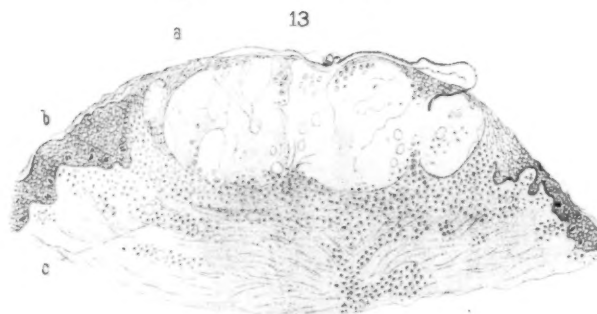
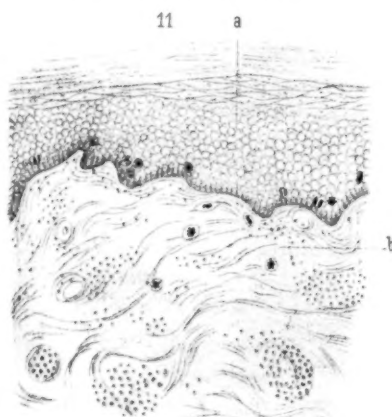
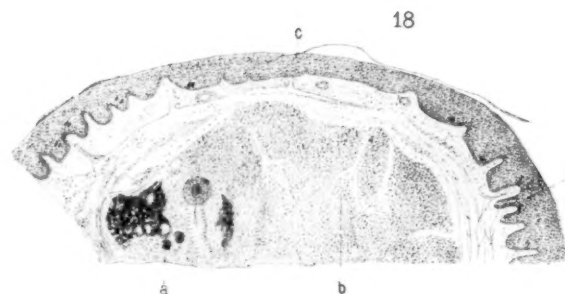
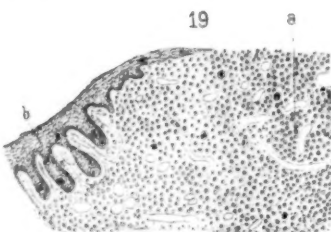
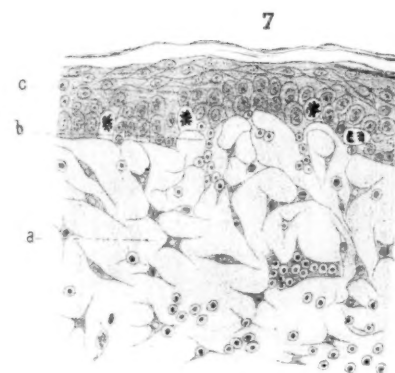
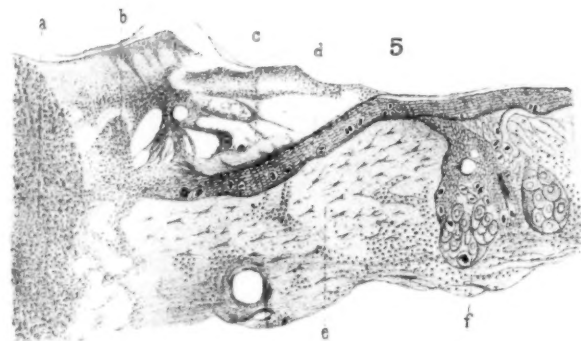
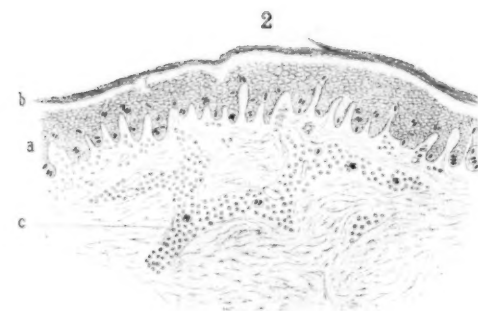
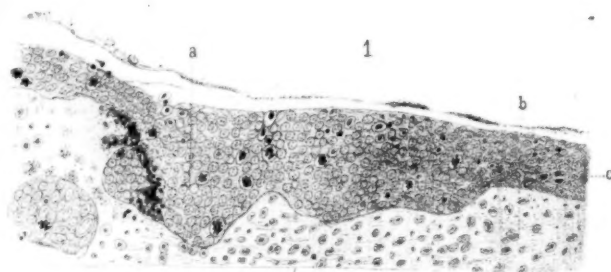


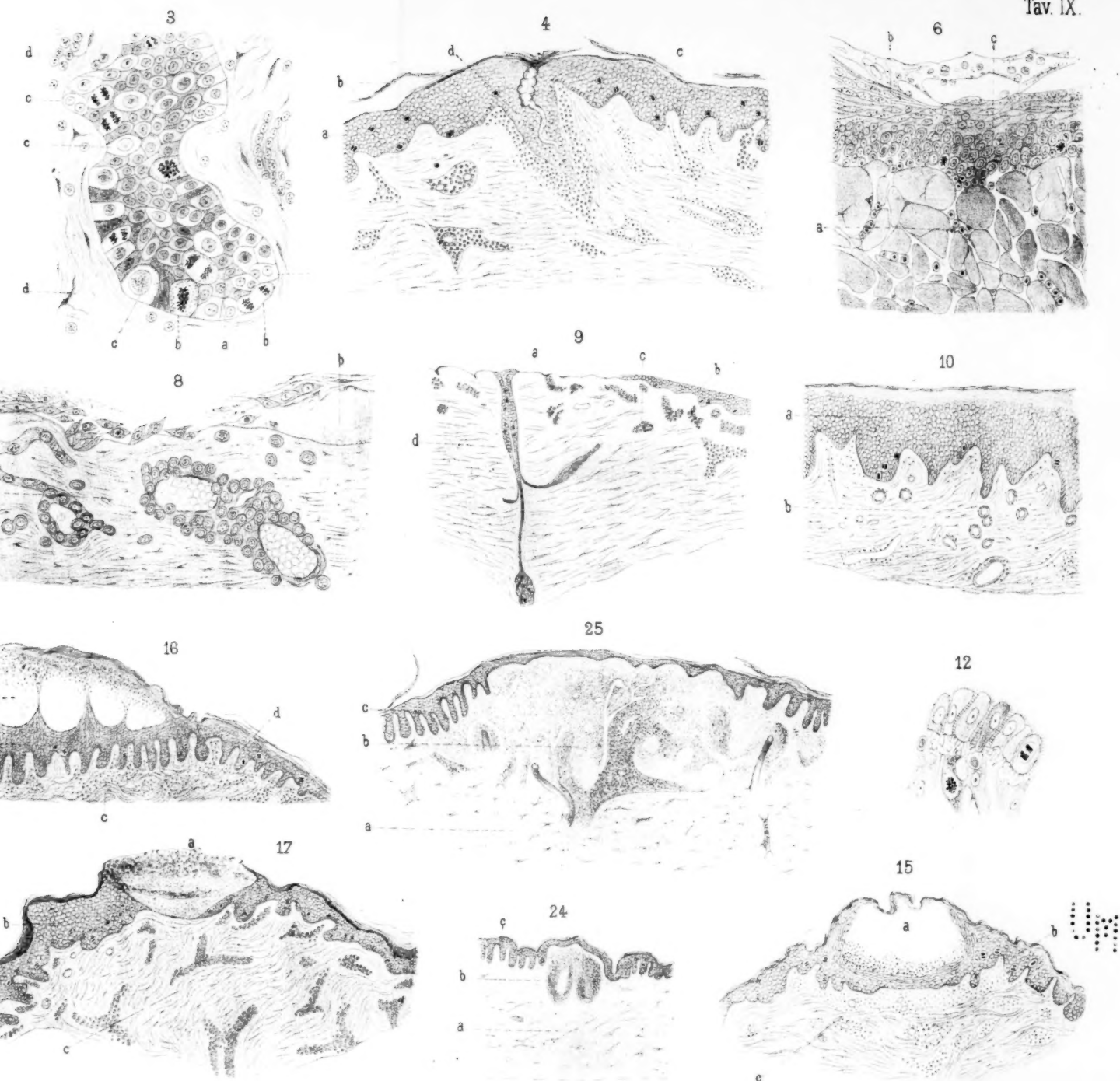
Chromocyanine, ad nat chromo Etho

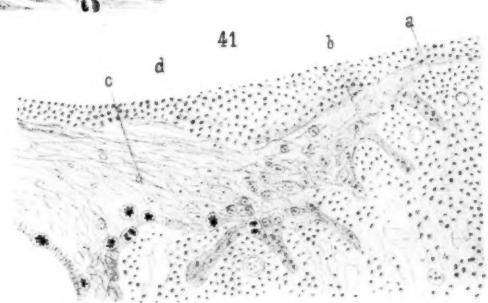
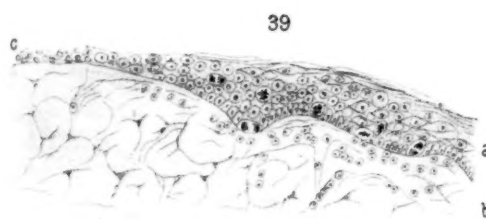
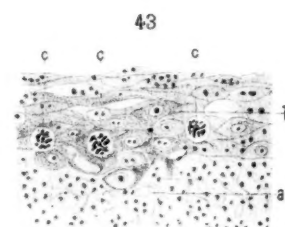
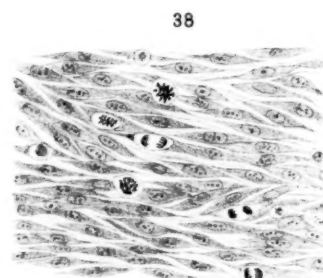
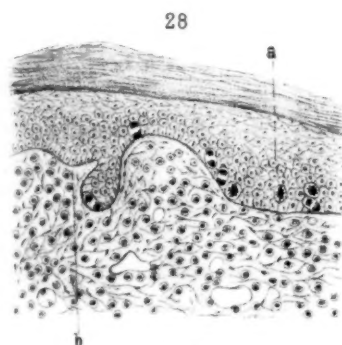
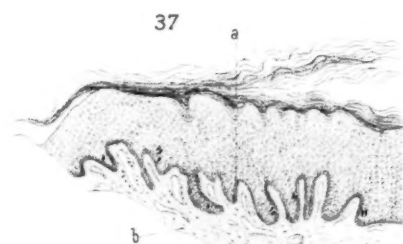
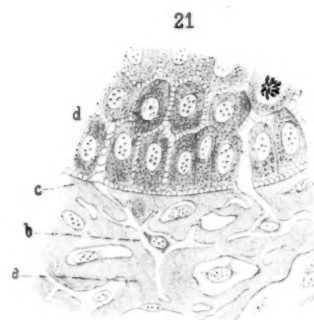
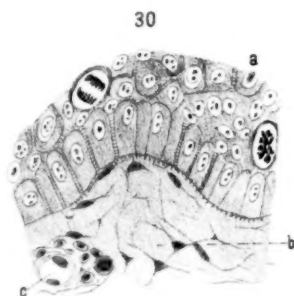
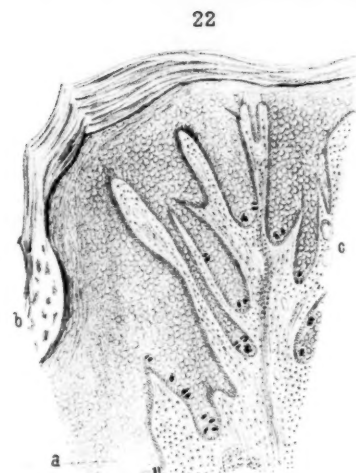
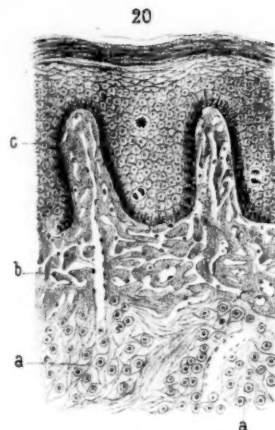
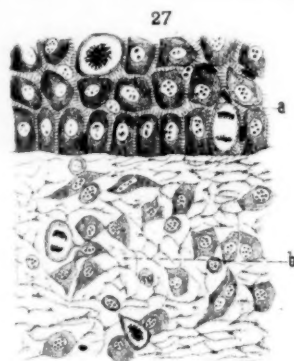
G. Masson, Editeur

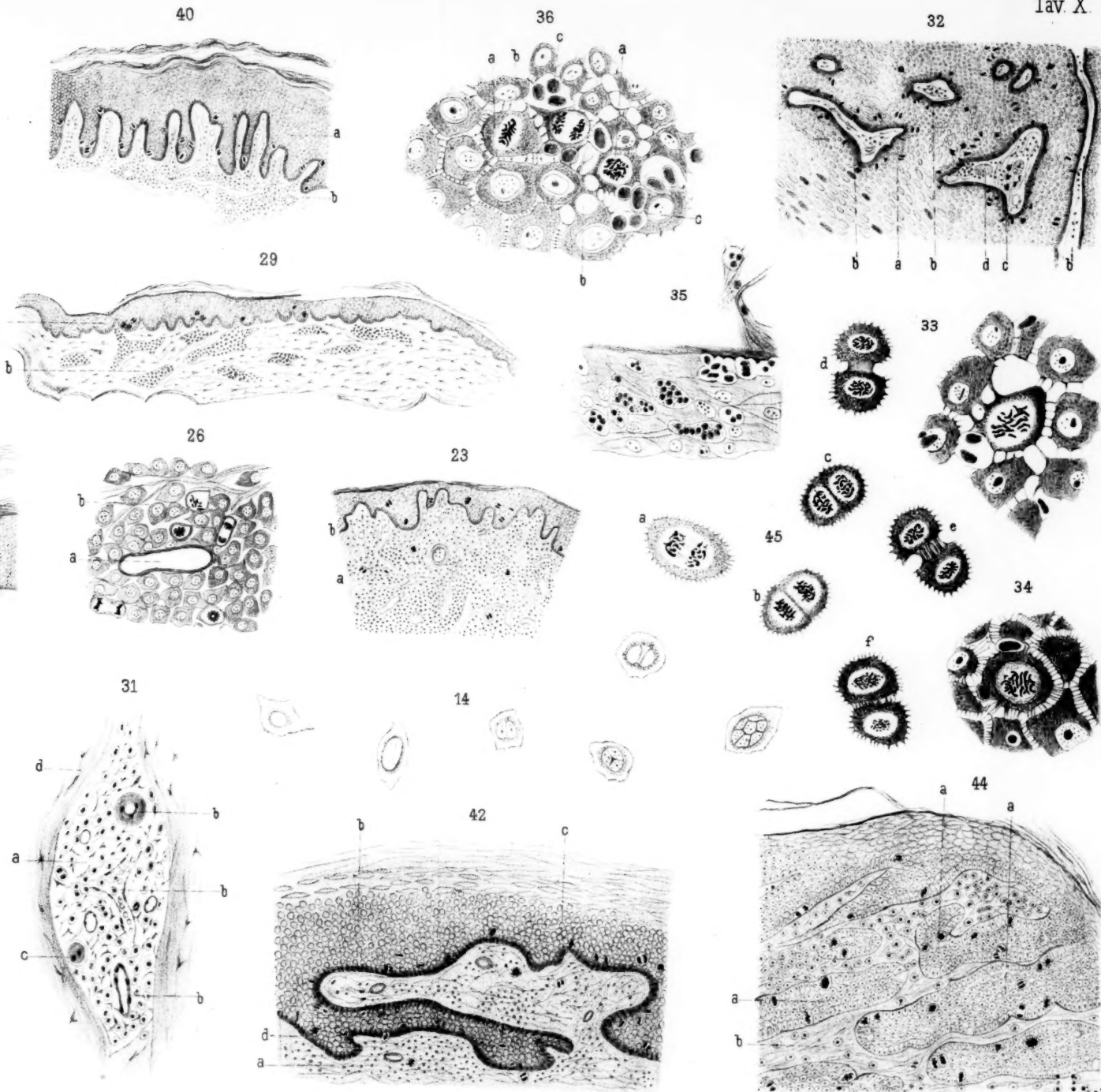
Imp. A. Lemeroy, Paris











G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, boulevard Saint-Germain, en face de l'École de Médecine

DICTIONNAIRE USUEL
DES
SCIENCES MÉDICALES

PAR LES DOCTEURS
A. DECHAMBRE, MATHIAS DUVAL, L. LEREBoullet

1 volume très grand in-8°, imprimé sur 2 colonnes

Le **DICTIONNAIRE** que nous annonçons aujourd'hui est *nouveau*, c'est-à-dire qu'il est fait d'un bout à l'autre sur un même plan et d'après les résultats modernes de la science.

Il est *usuel*, c'est-à-dire que les auteurs se sont constamment préoccupés, et dans le choix des matières, et dans l'agencement et la rédaction des articles, des besoins quotidiens des lecteurs, médecins praticiens, étudiants, hommes de science, que leurs lectures ou leurs travaux amènent à faire une courte incursion sur le domaine de la médecine et de la psychologie, enfin gens du monde qui cherchent dans un moment d'urgence un renseignement ou même un conseil.

Enfin, il est vraiment le *Dictionnaire des sciences médicales*, c'est-à-dire qu'il comprend — et le cadre en est vaste — tout ce que la médecine revendique comme de son domaine.

Les articles de psychologie, de physiologie et de pathologie générales, de jurisprudence médicale, de médecine légale, d'hygiène, d'anthropologie, de climatologie, de déontologie, y occupent une place importante à côté des articles de médecine et de chirurgie proprement dits ; et le lecteur y trouvera un exposé assez complet des sciences physiques, chimiques et naturelles, pour suffire à tous ceux qui s'occupent de questions scientifiques, aussi bien qu'aux étudiants qui préparent leurs examens.

PRIX DU VOLUME BROCHÉ : 25 FR. — RELIÉ EN DEMI-CHAGRIN : 30 FR.

